

11217

131
2EJ



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE PUEBLA

**CONFIABILIDAD EN EL DIAGNOSTICO CLINICO
Y ULTRASONOGRAFICO DE MIOMATOSIS
UTERINA.**

T E S I S

Que para obtener el Grado de Especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. MARCO ANTONIO ROJAS ORTEGA



IMSS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PUEBLA, PUE.

1995



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.

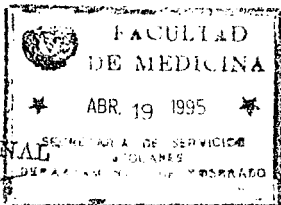


DELEN. ESTATAL EN PUEBLA
 G.M.N. MANUEL AVILA CAMACHO

★ MAR. 6 1995 ★

Hosp. Gral. Regional No. 36
 JEFATURA DE DIVISION
 DE GINECOOBSTETRICIA

[Handwritten signature]



HOS. GENERAL REGIONAL
 NO. 36 PUEBLA



I. M. S. S.
 JEFATURA DE ENSEÑANZA
 E INVEST.

[Handwritten signature]

DR RAMOS CHAVEZ EDU
 1503009

11217
131
2EJ



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE PUEBLA

**CONFIABILIDAD EN EL DIAGNOSTICO CLINICO
Y ULTRASONOGRAFICO DE MIOMATOSIS
UTERINA.**

T E S I S

Que para obtener el Grado de Especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. MARCO ANTONIO ROJAS ORTEGA



PUEBLA, PUE.

1995

A MIS PADRES:

SR. FERMIN ROJAS FLORES.

SRA. CELINA ORTEGA DE ROJAS

QUE MEDIERON LAS BASES Y EL APOYO PARA LLEGAR A
REALIZACION DE ESTE SUEÑO.

A MI ESPOSA E HIJO:

VICTORIA GARCIA NARVAEZ.

MARCO URDIEL ROJAS GARCIA.

QUE EN LOS MOMENTOS DIFICILES ME AYUDAN A SOBREPONERME
Y A SUPERARLOS CUALQUIERA QUE SEAN.

A MIS HERMANOS:

FERMIN

DULCE MARIA

JOSE ALBERTO

ARLETTY

POR LAS PALABRAS DE ALIENTO QUE TANTO ME AYUDARON
DURANTE LA ESPECIALIDAD.

A MIS CUÑADOS Y SOBRINO:

SR ARMANDO ASCARATE GARCIA

SRA SILVIA APARICIO DE ROJAS

CARLOS FERMIN

JUAN GARCIA NARVAEZ

EN AGRADECIMIENTO:

DR FERNANDO RAMOS CHAVEZ.

QUIEN SIEMPRE TUVO UN MOMENTO DE SU TIEMPO PARA
DIRIGIRME EN ESTA TESIS.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS:

QUE DURANTE LOS TRES AÑOS DE LA ESPECIALIDAD
COMPARTIMOS MOMENTOS DE ALEGRÍA O DE TRISTEZA.

INDICE

	pag.
ANTECEDENTES HISTORICOS _____	1-7
MATERIAL Y METODOS _____	8
RESULTADOS _____	8-12
CONCLUSIONES _____	13
BIBLIOGRAFIA _____	14

INTRODUCCION

ANTECEDENTES HISTORICOS

El leiomioma es un tumor benigno bien circunscrito, pero no encapsulado, compuesto sobre todo por músculo, liso pero con algunos elementos de tejido conectivo fibroso, el tumor es llamado también mioma, fibromioma, fibroma o fibroide, el término fibroide ha sido establecido en el lenguaje médico por el uso, pero el término mioma es más exacto.

INCIDENCIA. La incidencia exacta del mioma no se conoce; sin embargo constituye el tumor pelvico más frecuente, y se ha estimado que una de cada 4-5 mujeres que sobrepasan la edad de 35 años, tiene un mioma uterino. Aunque la mayoría de los miomas no producen síntomas, se ha estimado que el 60% de las laparotomías pélvicas está realizadas por esta razón (o excusa). La lesión es más frecuentemente hallada en la cuarta o quinta década de la vida, y más en negras que en pacientes blancas. Sin embargo la incidencia de miomas en las negras africanas se ha informado que es muy baja, sugiriendo que los factores causales no son solo hereditarios.

LOCALIZACION. Los miomas son clasificados de acuerdo con su localización en el útero, los tumores intramurales que son los más comunes, están situados en la pared muscular sin relación con la mucosa ni la serosa. Con su crecimiento, estos tumores distorsionan la cavidad, así como la superficie externa del útero. Tumores intramurales grandes y únicos pueden producir agrandamiento simétrico del útero. Tumores subserosos están localizados directamente bajo la serosa, y se proyecta bajo la superficie externa del útero, produciendo la típica configuración nudosa del útero fibromatoso. Con el crecimiento el tumor subseroso puede pedicularse, quedando unido al útero mediante un corto o largo y fino pedículo. En ocasiones, el tumor pediculado puede quedar unido a vísceras adyacentes, peritoneo, epiplón, perder su suministro primario de sangre, y desarrollar un suministro secundario de la estructura a la que se ha adherido. Estos tumores se conocen como parasíticos; afortunadamente, son relativamente ra-

ros. Los tumores intraligamentarios resultan del crecimiento de un tumor subseroso hacia — el ligamento ancho. Estos pueden comprimir el ureter o incluso vasos sanguíneos pélvicos. — tienen especial significación con respecto a su dificultad para la extirpación quirúrgica. — Los tumores submucosos está presentes inmediatamente por debajo del endometrio. Con el creci- miento desplazan y adelgazan al endometrio, y pueden ser asiento de necrosis e infección. — los tumores submucosos pueden hacerse pediculados y eventualmente protruir hacia el canal cer- vical o hacia vagina. En esta situación, la infección es frecuente.

ANATOMIA PATOLOGICA. El cuerpo es el sitio más frecuente de los miomas, son generalmente mil tiples, de diferentes tamaños, y distorcionan el contorno del útero. Un mioma único puede — producir un agrandamiento relativamente uniforme del útero, simulando una gestación. El tama ño del tumor varía desde ser tan pequeño como la cabeza de un alfiler hasta los que pesan 66- Kg. son firmes y bién delimitados del miometrio circundante. A la sección, el tumor hace pro- trusión de la superficie y de su pseudocapsula, producida por la compresión sobre el tejido — miometrial adyacente y se hace suficientemente aparente. La superficie es regular, blanqueci na, y con patrón fasciculado.

El exámen microscópico descubre grupos de fibras musculares lisas dispuestas en patrones en- trelazados, separados por tejido conectivo fibroso. Existen reativamente pocos vasos sangui- nos. La disposición en manojos permite ver, en secciones trnsversales o longitudinales, los grupos de fibras musculares, que le dan una típica apariencia microscópica. Los tumores no tienen una verdadera capsula. Al margen existe generalmente una area miometrio comprimido — que forma una pseudocapsula. El artefacto de la fijación resulta en un espacio entre el mi- ma y el miometrio comprimido. Las mitosis se ven raramente.

HISTOGENESIS. Aunque los miomas son corrientes, su origen y desarrollo no es bién comprende- do. Los tumores indudablemente provienen del músculo liso dentro del miometrio, se ha sugeri- do que provienen de restos celulares embrionarios persistentes aislados. No se ha ofrecido — ninguna evidencia de que los tumores se originen del músculo liso de las paredes de los va—

ses existentes en el micetrío. Se ha sugerido que los micomas se desarrollan en respuesta a estimulación estrogénica; la evidencia de esta teoría está lejos de ser convincente. La más importante observación es que los tumores ocurren más comúnmente durante los años reproductivos, y generalmente tienen tendencia hacia la regresión, a menudo completa, tras la menopausia. Los contraceptivos orales pueden causar el agrandamiento de los micomas. También, está generalmente admitido que los leiomicomas aumentan de tamaño durante la gestación, cuando la producción estrogénica es elevada. Sin embargo, Randall y Odell encontraron poca evidencia de que estos tumores realmente proliferan durante la gestación.

DEGENERACION Y COMPLICACIONES. Los micomas son objeto de gran variedad de fenómenos degenerativos. Algunos tienen significación clínica, pero la mayoría son hallazgos patológicos sin relación con el patrón clínico. La mayoría de estos cambios degenerativos resultan de la alteración en el suministro sanguíneo que ocurre por el rápido crecimiento, gestación, accidente mecánico o atrofia postmenopáusica. El tipo más frecuente de degeneración es la hialinización. Muchos micomas, incluso los pequeños, revelan algún grado de cambio hialino. En sección transversal, la superficie aparece homogénea y ha perdido algo de su verticidad y patrón fascicular. Microscópicamente, anchas zonas de tejido conectivo reemplazan las células musculares lisas. Menos común es la degeneración quística. Pequeñas o grandes áreas sufren licuefacción y cambios mixomatosos resultando en focos quísticos. Cuando éstos están presentes en un grado sustancial, la consistencia del tumor es blanda, y a la sección, las áreas quísticas son obvias. La calcificación de los micomas es un cambio degenerativo interesante que ocurre más comúnmente en mujeres postmenopáusicas, las áreas de calcificación pueden ser limitadas y difusas. Cuando son difusas, el tumor puede ser visualizado mediante radiología. Ocasionalmente, tal micoma es un hallazgo incidental durante un examen radiológico del abdomen. Raramente existe formación heterotópica de hueso. La degeneración grasa de los micomas se observa generalmente como un hallazgo microscópico incidental. La necrosis puede resultar de la torsión de un micoma pediculado y puede ir asociado a dolor abdominal, fiebre y leucocitosis. Esto -

puede ocurrir como un incidente agudo. Una variedad especial de necrosis es la degeneración carnosa o roja, esta se dice que ocurre en el 8% de los tumores que complican la gestación.- El cambio se debe a la necrosis aséptica asociada con la hemorragia hacia la sustancia del tumor y subsiguiente hemolisis. A simple vista estos tumores se convierten en rojo carnososo, blandos y clínicamente producen dolor. La infección del mioma puede ocurrir con asociación de enfermedad inflamatoria pélvica adyacente, pero es más común en el mioma pediculado submucoso, que se torna necrótico primero y luego se infecta.

SINTOMAS. La mayoría de los miomas, incluso los grandes, no producen síntomas. Muchos son descubiertos como hallazgo incidental, más que como sintomáticos, a pesar de la gran frecuencia de la extirpación de tales tumores en el quirófano, la sola presencia del mioma uterino no justifica un tratamiento activo.

El tumor sintomático puede presentar un problema de diagnóstico diferencial. El agrandamiento simétrico del útero puede ser confundido con la gestación. Generalmente la historia menstrual y los cambios típicos en el cervix y vagina hacen la gestación aparente. El útero miomatoso tiene una consistencia firme al contrario del útero gestante blando. Una prueba de embarazo debe realizarse si existen dudas. Si el tumor es pediculado, puede ser difícil distinguir de un tumor ovarico; la distinción puede ser imposible y se puede requerir cirugía exploratoria para excluir neoplasia ovarica, particularmente en pacientes postmenopausicas. — Las masas anexiales inflamatorias y las endometriosis se pueden distinguir de un mioma subseroso o pediculado en base a los síntomas y hallazgos asociados de cicatrices o fijaciones pélvicas. Los ultrasonidos pueden ayudar a la distinción. SANGRADO: Puede ocurrir cualquier patrón de hemorragia uterina anormal, pero lo más frecuente son las menstruaciones excesivas y prolongadas, esto puede producir una anemia severa. Es importante recordar que la paciente con miomas puede tener cualquier causa de sangrado asociado además al mioma. Se debe evaluar cuidadosamente el estado endocrino y el endometrio. PRESION: La presión sobre la vejiga produce polaquiuria, urgencia y rara vez incontinencia. Por la presión sobre el recto se puede-

producir estreñimiento. Con tumores extremadamente raros y grandes, la presión sobre los vasos pélvicos puede producir edema y varicosidades en las piernas. Rara vez la presión uretra produce hidroureter y/o hidronefrosis. DOLOR: El dolor y la sensibilidad puede resultar de la degeneración del mioma. El comienzo es gradual y el dolor intermitente. Es usual un dolorimiento constante, pero el dolor puede ser cólico. La fiebre y la leucocitosis acompañan a la degeneración severa. Un tumor con pedículo largo puede torcionarse y producir dolor agudo, náuseas y signos de irritación peritoneal. La presión de grandes tumores en vísceras adyacentes puede producir dolor. Con el crecimiento, el estiramiento de antiguas adherencias inflamatorias puede producir dolor pélvico bilateral. Los tumores intramurales pueden agravar o producir dismenorrea, aunque otras fuentes de dismenorrea han de considerarse primero. El tipo más frecuente de molestia, particularmente en tumores grandes, es la sensación de pesadez pélvica. DISTORSION DEL ABDOMEN: La paciente puede notar la presencia del tumor mediante autoexamen o alteraciones en el contorno abdominal. INFERTILIDAD: Los miomas se encuentran a veces, en el proceso de pacientes infértiles. Su presencia no debe ser interpretada inmediatamente con relación causal de la infertilidad.

DIAGNOSTICO: El diagnóstico definitivo de miomatosis uterina se realiza mediante ultrasonido transvaginal, e imagen de resonancia magnética; la imagen de resonancia magnética es un método diagnóstico más sensible que la ultrasonografía transvaginal para hacer un diagnóstico más confiable. La precisión en el diagnóstico depende de nuevas técnicas en ultrasonografía e imagen de resonancia magnética. En pacientes en que se desea preservar la fertilidad, la endoscopia representa un procedimiento invasivo mínimo para prevención y tratamiento en medicina de la reproducción, después de la exclusión de factores funcionales de esterilidad.

El legrado prehisterectomía en mujeres con miomatosis uterina frecuentemente muestra procesos malignos cuando se usa rutinariamente, por lo que podría ser útil para descartar procesos malignos en mujeres con diagnóstico de miomatosis uterina.

La imagen de resonancia magnética también se ha empleado para la evaluación de la degenera-

ción de los miomas uterinos después del tratamiento médico.

TRATAMIENTO: En muchos, si no en la mayoría de los casos, el tratamiento no es necesario — cuando se hace el diagnóstico de mioma, particularmente si la mujer está asintomática, el tumor es pequeño, o es postmenopáusica. Estas pacientes deben ser examinadas cuidadosamente cada 3-6 meses para asegurarse de que no se produce un crecimiento inusual o cualquier complicación. La hemorragia uterina anormal debida a miomas requiere legrado diagnóstico, pero si no se encuentra malignidad, puede ser controlada mediante tratamiento de soporte adecuado o manejo endocrino. Esto se recomienda en la paciente que se está acercando a la menopausia. Si hemorragia puede ser controlada durante este corto tiempo, cesará espontáneamente tras la menopausia y los miomas degeneran. Para pacientes con síntomas significativos, la cirugía es el tratamiento de elección. La miomectomía puede realizarse cuando se desea preservar la fertilidad. Para la mayoría de las pacientes con síntomas relacionados con los miomas, el tratamiento debe ser la histerectomía, si los miomas son pequeños la histerectomía vaginal es la elección, si son grandes la histerectomía abdominal.

La morbilidad de la histerectomía es de un 12.2%, la urosepsis es la más frecuente, la hemotransfusión posthisterectomía se realiza en un 4.2%, la mortalidad es de el 1%.

La miomectomía ofrece un tratamiento sintomático que además preserva la función reproductiva en la mujer y tiene un menor riesgo comparado con la histerectomía, posterior a la miomectomía ocurren embarazos en un 50%. Endoscópicamente es posible remover miomas submucosos y con muy poco riesgo para la paciente y con buen pronóstico para futuros embarazos.

La aplicación de acetato de leuprolide en pacientes con miomas uterinos ha demostrado que inducen significativa reducción de los miomas y se puede usar rutinariamente antes de la miomectomía o la histerectomía. La progesterona es usada para suprimir la menorragia; los agonistas de las gonadotropinas ofrece una opción prometedora en el manejo de las pacientes con miomatosis uterina, ellos inducen una degeneración del fibroma y disminución del sangrado uterino anormal. Recientemente se ha evaluado el efecto del acetato de leuprolide y medroxi-pro-

gesterona sobre el volumen del útero en la miomatosis uterina, en ambos se vió reducido el volumen uterino en un lapso de 12 semanas posttratamiento. La dosis usada de medroxiprogesterona es de 20 mg/días y de actato de leuprolide 1 mg/día con lo que declinan los niveles de estradiol en un 80-90%. Las pacientes que se encuentran cerca de la menopausia presentan un decremento de las hormonas ovaricas y los leiomiomas disminuyen, estas pacientes son candidatas a manejo conservador, el diagnóstico definitivo es esencial en estas pacientes, la imagen de resonancia magnética es el mejor método diagnóstico. Mas recientemente se ha usado triptoreline, que también es un análogo de la gonadotropinas para el manejo médico de miomatosis uterina, con el que se vió una reducción del tumor en un 30-40% de las pacientes a las que se administró, los efectos secundarios desaparecieron al suspender el tratamiento, el tratamiento con triptoreline se reserva para pacientes premenopausicas y en pacientes jóvenes, o para terapia preoperatoria.

Los leiomiomas son neoplasias benignas en la mujer, es una de las mas frecuentes causas de infertilidad en la mujer durante la edad reproductiva y también es causa de histerectomías. La fisiopatología de los miomas es incierta y el tratamiento primario es empírico, recientemente se describieron sustancias en el tejido uterino, estas hormonas son mediadoras de la fisiopatología de los miomas que hacen que proliferen fibroblastos en el útero.

Se debe hacer un diagnóstico exacto en las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, y hacer una selección de pacientes candidatas a histerectomía, miomectomía, manejo medico y manejo conservador para reducir y evitar riesgos innecesarios en nuestras pacientes.

MATERIAL Y METODOS.

Para el presente estudio se incluyeron pacientes derechohabientes del I.M.S.S., del modulo - de tumores de la consulta de Ginecología, con diagnóstico de miomatosis uterina, que hayan - sido histerectomizadas, que el diagnóstico haya sido clínico y ultrasonográfico, que cuenten con resultados de patología de la pieza de histerectomía.

El periodo de tiempo que se investigó comprendió del primero de Abril al 30 de Septiembre de 1994.

Se encontraron un total de 83 pacientes histerectomizadas por miomatosis uterina, en las que se investigó: edad de las pacientes, signos y síntomas que presentaron antes de la intervención y que fué el motivo por el que asistieron a la consulta, la hemoglobina preoperatoria, - se determinó anemia en las pacientes que tuvieron menos de 10 mg/Dl, las complicaciones que - presentaron tanto en el transoperatorio como en el postoperatorio, se investigó el resultado - histopatológico y se correlacionó con el diagnóstico preoperatorio.

RESULTADOS.

Se encontró que la edad más frecuente de las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina es en las pacientes de 40-50 años, que corresponde al 46.98%; en segundo lugar se encontró a las pacientes de 30-40 años, que corresponde al 37.34%.

La edad en que se presentó con menos frecuencia el diagnóstico de miomatosis uterina fué de la edad de 20-30 años, que corresponde al 7.22%, seguido por las pacientes de más de 50 años de edad que corresponde al 8.43% de las 83 pacientes investigadas. (fig 1).

Los signos y síntomas más frecuentemente encontrados en las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina fué: hipermenorrea, polimenorrea y dolor pelvico.

EDADES DE LAS PACIENTES QUE SE LES EFECTUO HISTERECTOMIA POR MIOMATOSIS UTERINA

EDAD	No CASOS	%
20-30	6	7.22
30-40	31	37.34
40-50	39	46.98
MAS DE 50	7	8.43
TOTAL	83	100

(fig 1)

Hipermenorrea presentaron 66 pacientes, que corresponde al 79.51%; 63 pacientes presentaron polimenorrea que corresponde al 75.90%; en tercer lugar se encontró el dolor pélvico que presentaron 48 pacientes y que corresponde al 57.83%.

Polaquuria lo refirieron 6 pacintes (7.22%); sensación de pesantes abdominal 5 pacientes — (6.02%); y el estreñimiento solo lo refirió una paciente (fig 2).

También se investigó a las pacientes que tuvieron papanicolau preoperatorio y el reporte del mismo.

El reporte de papanicolau que mas frecuentemente se encontró fué el de clase II, que se reportó 47 pacientes (56.6%); el papanicolau clase I se encontró en 23 pacientes (27.7%); — a trece pacientes que corresponde al 15.6% del total no se les solicitó papanicolau preoperatorio. (fig 3).

La hemoglobina preoperatoria en las pacientes histerectomizadas fué de mas de 10 mg/Dl en 74 pacientes que corresponde al 89.15%; las pacientes que presentaron menos de 10 mg/Dl fueron 9 que corresponde al 10.84%, estas pacientes fueron hemotransfundidas antes de ser interve-

ridas.

SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTADOS POR LAS PACIENTES ANTES DE SER HISTERECTOMIZADAS.

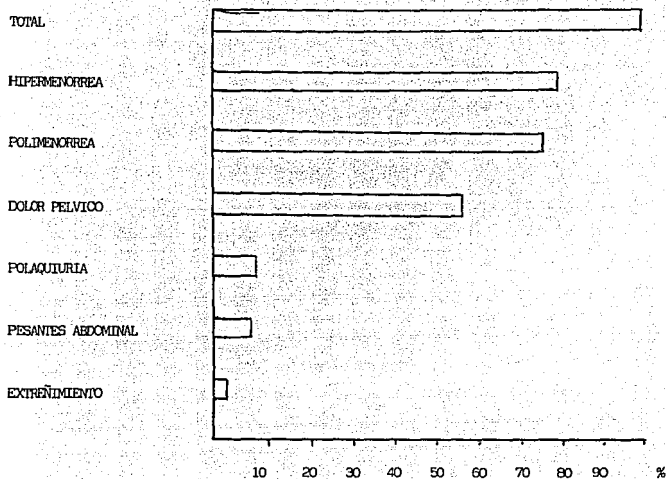


fig (2).

PAPANICOLAOU PREOPERATORIO EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR MIOMATOSIS UTERINA

PAP	No DE PACIENTES	%
CLASE I	23	27.7
CLASE II	47	56.6
SIN PAP	13	15.6
TOTAL	83	100

fig (3)

Las complicaciones que se presentaron en el transoperatorio y el postoperatorio fueron: absceso de pared, que se presentó en 2 pacientes (2.4%), sangrado de mas de 500 ml se presentó en 2 pacientes (2.4%); absceso de cúpula vaginal se presentó solo en una paciente (1.2%).

El total de pacientes complicadas fueron 5, que corresponde al 6.2%.

Las pacientes que no presentaron complicación alguna fueron 78 de las 83 pacientes estudiadas, que corresponde al 93.9%. (fig 5).

HEMOGLOBINA PREOPERATORIA DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

HB PREOPERATORIA	No DE PACIENTES	%
MAS DE 10 mg/Dl	74	89.15
MENOS DE 10 mg/Dl	9	10.84
TOTAL	83	100

fig (4).

COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON EN EL TRANS Y POSTOPERATORIO

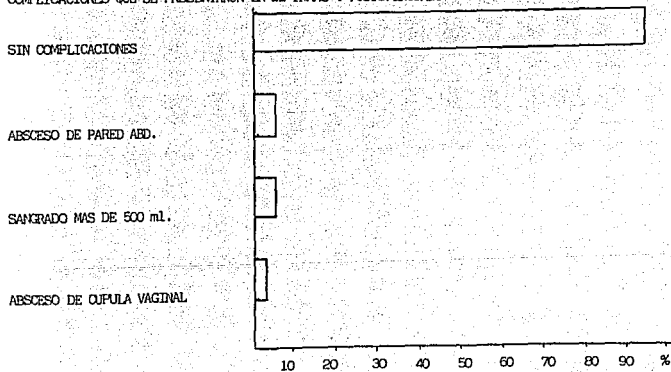


fig (5).

El resultado de patología de las piezas de histerectomía revelaron que 30 pacientes de las 83 pacientes estudiadas, tuvieron el diagnóstico histopatológico de miomatosis uterina, que corresponde al 36.14%; el segundo lugar en frecuencia fué el de cervicitis crónica quística— se reportaron 29 con este diagnóstico histopatológico que corresponde al 34.93%; el tercer lugar lo ocupó el diagnóstico de adenomiosis reportado en 10 piezas de histerectomía (12.04%). La hiperplasia simple de endometrio se reportó en 7 piezas (8.43%); y la metaplasia escamosa en 7 piezas de histerectomía (8.43%).

Los reportes histopatológicos de las piezas de histerectomía con diagnóstico de miomatosis uterina, reportaron miomatricio sin lesión en 53 de las 83 piezas y solo 30 reportaron miomatosis uterina. fig (6).

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE LAS PIEZAS DE HISTERECTOMÍA POR MIOMATOSIS UTERINA.

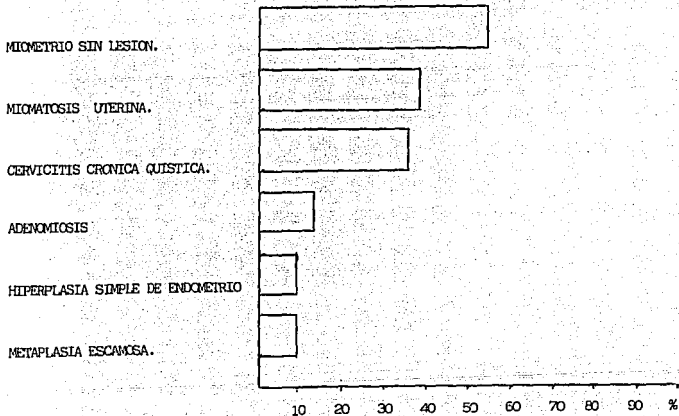


fig (6).

CONCLUSIONES.

El diagnóstico de miomatosis uterina por clínica y ultrasonografía no es confiable, pues meno de la mitad de las pacientes que fueron histerectomizadas por miomatosis uterina tuvieron el mismo diagnóstico histopatológico, la mayoría de los diagnóstico histopatológicos reportaron miomatris sin lesión. Se hace necesario una mejor selección de pacientes para manejo con servador, manejo médico y manejo quirurgico, asi como tomar en cuenta la preservación de la fertilidad cuando es necesario, pues actualmente existen medicamentos como los analogos de las gonadotropinas para disminuir la sintomatología y no ser tan radicales en el tratamiento. Quizá con mejores técnicas para diagnóstico ultrasográfico o con la utilización de imagen de resonancia magnética se podría llegar a un diagnóstico más preciso, se debe tener en cuenta el legrado preoperatorio en todas las pacientes para descartar patología de endometrio ó malignidad.

Es importante mencionar que se debe hacer el diagnóstico exacto antes de la cirugía y no después de ella. Se ha abusado de la histerectomía, porque se ha utilizado para solucionar sangrados uterinos anormales, que solo son signos y no constituyen por si mismos un diagnóstico. Se debería implantar un protocolo de manejo para las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina para disminuir el indice de error sobre el diagnóstico.

Al final tal vez se requiera de histerectomía en las pacientes, pero lo importante es que la paciente tendrá un diagnóstico confiable, que redundará en beneficio de nuestras pacientes.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- D.N. Danforth. tratado de Obstetricia y Ginecología. Ed. Interamericana 1989; 1053-60.
- 2.- J. Gonzalez Merlo, J.R. Del Sol. Ginecología. Ed. Salvat. 1991; 889-901.
- 3.- Ascher, S.M; Arnold, L.L; Patt, R.H; et al. Adenocarcinoma. Radiology. 1993; 190 (3): 803-6.
- 4.- Verkauf, B.S; Changing trends in treatment of leiomyomata uteri. Curr, Opin, Obstet, Gynecology. 1993; 5 (3): 301-10.
- 5.- Sudik, R. Possibilities of endoscopic diagnosis and therapy in reproduction medicine. — Zentralbl, Gynaecol. 1993; 115 (12): 521-9.
- 6.- Moller, L.M; Berget, A. Prehysterectomy curettage in woman with uterine fibromata is not worthwhile. Acta, Obstet, Gynecol, Scand. 1993; 72 (5): 374-6.
- 7.- Okisuk, H; Sugimura, K; Tokemori, M; et al. Detection of degenerating uterine leiomyomas. J. Comput, Asist, Tomogr. 1993; 17 (15): 760-6.
- 8.- Christiansen, J.K. The facts about fibroids. Postgrad, Med. 1993; 94 (3): 129-34.
- 9.- Sahagun, J.A; Perez, J.C; Cheren, B. Analisis of 1000 hysterectomies. Technical simplifications and reflections. ISSSTE hospitals. Ginecol, Obstet, Mex. 1994; 82: 35-9.
- 10.- Verkauf, B.S. Changing trends in treatment of leiomyomata uteri. Curr, Opin, Obstet, — Gynecology. 1993; 5 (3): 301-10.
- 11.- Kiltz, R.J; Rutgers, S; Philips, J; et al. Absence of a dose response effect of leuprolide acetate on leiomyomata uteri size. Fertil, Steril. 1994; 61 (6): 1021-6.
- 12.- Christensen, J.K. The fact about Fibroids. Postgrad, Med. 1993; 94 (3): 129-34.
- 13.- Carr, B.R; Marshburn, P.B; Weater, P.T; et al. An evaluation of the effect of gonadotropin-releasing hormone analogs and medroxyprogesterone acetate on uterine leiomyomata volume. J. Clin, Endocrinol, Metabol. 1993; 76 (5): 1217-23.
- 14.- Palagiano, A; Trotta, C; Izzo, A; Trotta, C; Ruggi, N. Use of triptoreline in the medical-treatment of uterine myoma. Minerva, Ginecol. 1993; 45 (4): 171-5.

15.- Koutsilieris.M. Pathophysiology of uterine leiomyomas. Biochen, cell, Biol. 1992; 70 -
(5): 273-8.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MEMORANDUM INTERNO

Al DR. MARCO ANTONIO ROJAS ORTEGA.
RESIDENTE 3er. año GINECO-OBST.
P r e s e n t e :
Del DR. MANUEL GARZON LAZCANO.

Ref. 6061/135

Fecha 5 dic 1994

Asunto: PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

Por éste medio le comunicamos que su protocolo de investigación titulado "CONFIABILIDAD DEL DIAGNOSTICO CLINICO Y ULTRASONOGRAFICO DE MIOMATOSIS UTERINA" con asesoramiento del Dr. Fernando Ramos Chávez, Médico Gineco-Obstetra HGR No.36 Pue., fué revisado y autorizado para su realización por el Comité de Investigación de éste Hospital quedando registrado con el Núm. I-94-411-95.

Atentamente
"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"

DR. MANUEL GARZON LAZCANO.
JEFE DIVISION EDUC. MEDICA
HGR No. 36 PUEBLA.

C.M.N. "MANUEL AVILA CAMACHO"
HOSP. GEN. REGIONAL No. 36
PUEBLA.



IM.S.S.

Jefatura de División de
Enseñanza e Investigación