

11217 36  
21



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
I. S. S. S. T. E.**

**CORRELACION CLINICA ULTRASONOGRAFICA Y ANATOMOPATOLOGICA  
DE HISTERECTOMIA EN EL HOSPITAL "REGIONAL IGNACIO ZARAGOZA"  
EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1990 A 1991.**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A**

**EDUARDO NAVARRO OVIEDO**

**ASESOR: DR. FERNANDO FERNANDEZ**



**México, D. F.**

**Febrero 1992**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

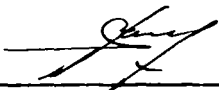
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.


**TESIS SIN PAGINACION**

**COMPLETA LA INFORMACION**

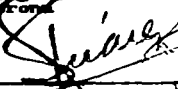
  
\_\_\_\_\_  
Coordinador de Tesis  
Dr. Ramón Carpio Solís  
Jefe enseñanza servicio  
Ginecoobstetricia.

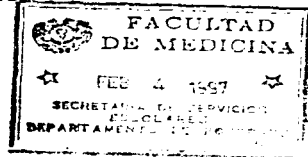
  
\_\_\_\_\_  
Jefe servicio Ginecoobstetricia  
Dr. Rogelio Gonzalez Martinez

  
\_\_\_\_\_  
Coordinador Servicio Ginecoobstetricia  
Dr Ricardo E. Van Pratt Marques

  
\_\_\_\_\_  
Coordinador Enseñanza  
Hospital Ignacio Zaragoza  
Dr. Jorge Magrete Corona

  
\_\_\_\_\_  
Jefe Investigación del Hospital  
Ignacio Zaragoza  
Dr. Juan Manuel Barrera

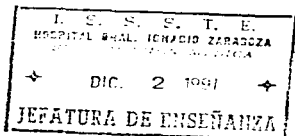
  
\_\_\_\_\_  
Jefe Investigación Nacional  
Dr. Fernando Suarez Sanchez  
ISSSTE.



**ISSSTE**

Subdirección General Médica  
Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación  
Departamento de Investigación

0 2 DIC. 1991



**A G R A D E C I M I E N T O S**

**A mi esposa Maria del Carmen.**

**A mis hijos Julis y Angel.**

**Por su AMOR que me han  
brindado.**

**A mis Padres.**

**A mis Suegros.**

**A mis Hermanos.**

**Por su APOYO  
Incondicional.**

**A mis maestros.**

**Médicos Adscritos y**

**Compañeros Residentes.**

PROVERBIO ARABE

Si en tí camino encuentras a alguien  
que no sabe, pero cree que sabe, lo  
que no sabe, ALEJATE DE EL.. porque  
él es un loco.

Si en tí camino encuentras a alguien  
que no sabe, pero sabe, que no sabe,  
ENSEÑALE, porque él es un ALUMNO.

Si en tí camino encuentras a alguien  
que sabe, pero sabe, lo que sabe,  
SIGUELO, él es un MAESTRO.

.. Siglo XVI Anónimo.

## I N D I C E

- I. INTRODUCCION
- II. JUSTIFICACION
- III. OBJETIVOS
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. RESULTADOS  
TABLAS Y GRAFICAS
- VI. CONCLUSIONES
- VII. BIBLIOGRAFIA

## I N T R O D U C C I O N

La histerectomía ginecológica, es la cirugía electiva más frecuente en el servicio de ginecoobstetricia, al igual que lo publicado por otros autores de diferentes entidades, sin embargo, ellos reportan hasta un 19.4% de cirugías innecesarias dentro de sus evaluaciones; Por lo tanto, utilizando la correlación clínica-Ultrasonográfica y el resultado anatómopatológico de la pieza estudiada, conoceremos cual es ese porcentaje dentro del servicio, y si es necesario establecer Protocolos de manejo que tiendan a disminuir el número de cirugías innecesarias dentro del servicio de ginecoobstetricia del hospital.



## JUSTIFICACION

La histerectomía es el segundo procedimiento quirúrgico más común en E.U. (9), y en otros países se encuentra dentro de los cinco procedimientos quirúrgicos más frecuentes (11). Dentro de las indicaciones se encuentran diversos diagnósticos como son: Leiomomas, Adenocarcinomas, Endometriosis, Dismenorrea, y sangrado genital anormal, que varían en frecuencia según el autor (1,7,9,14). Algunos hospitales del país reportan hasta un 19.4% de histerectomías innecesarias, evaluadas por reportes anatomopatológicos (14). Se a publicado así mismo, que se puede reducir hasta en un 8% el número de pacientes candidatas a histerectomía mediante programas encaminados a ello (7).

Utilizando el diagnóstico anatomopatológico de pacientes histerectomizadas, conoceremos si las cirugías realizadas están debidamente justificadas, estableciendo posteriormente, protocolos de estudio para disminuir su alto índice y como consecuencia disminución de los recursos físicos y humanos que se invierten para su realización.

## OBJETIVO GENERAL

Evaluar mediante el resultado anatómopatológico correlacionado con los datos clínicos y el diagnóstico por ultrasonografía, si las histerectomías realizadas tenían indicación quirúrgica o no, así como establecer Protocolos de estudio y manejo para este tipo de pacientes.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Demostrar el porcentaje de diagnósticos clínicos y ultrasonográficos que se correlacionarán con el diagnóstico anatómopatológico.
- 2.- Demostrar el porcentaje de úteros que no requerían ser extirpados.
- 3.- Demostrar el porcentaje de diagnósticos preoperatorios erróneos evaluados por el reporte anatómopatológico.
- 4.- Establecer estrategias que tiendan a disminuir el número de histerectomías innecesarias en el servicio de ginecología del hospital, así como la creación de una consulta prequirúrgica.

## MATERIAL Y METODOS

### Diseño:

- a) Registrar del expediente clínico: Ficha de identificación de pacientes sometidas a histerectomía que incluya: edad, número de gestas, antecedente de OTE, y resultado de papanicoloads.
- b) Registrar los datos clínicos anotados en el expediente de las pacientes sometidas a histerectomía desde su primera consulta hasta el momento de su cirugía.
- c) Registrar las indicaciones de pacientes sometidas a histerectomía.
- d) Registrar el diagnóstico de ultrasonido de las pacientes sometidas a histerectomía.
- e) Registrar los resultados de Gabinete como: Biopsias y Urografías, así como enfermedades sistémicas concurrentes en pacientes sometidas a histerectomía.
- f) Registrar los resultados de los reportes anatómopatológicos de pacientes sometidas a histerectomía.

### Universo.

Población derechohabiente del ISSSTE de la zona ORIENTE, así como las enviadas para la consulta de especialidad de las clínicas aledañas como son: Metahualcoyotl, Pantitlan, Texcoco, Morelos, Istapalapa, Aragón, Oriente.

#### **Tamaño de la Muestra.**

Se analizaron expedientes de 150 pacientes histerectomizadas realizadas en el año comprendido entre 1990-1991.

#### **Sujetos de Observación.**

Se recabaron de las pacientes histerectomizadas los diagnósticos clínicos principales desde el inicio de su padecimiento actual, tiempo de evolución, diagnóstico de ultrasonido y diagnóstico por patología de la pieza quirúrgica estudiada.

#### **Criterios de Inclusión.**

Pacientes sometidas a histerectomía estudiadas y programadas de la consulta externa de ginecología en el período comprendido entre 1990 a 1991.

#### **Criterios de Exclusión.**

Pacientes sometidas a histerectomía como consecuencia de alguna complicación obstétrica o como procedimiento de urgencia sin estudio previo por la consulta externa de ginecología de la unidad.

#### **Criterios de Eliminación.**

Pacientes sometidas a histerectomía que no cuenten con sus reportes de la pieza quirúrgica "anatomopatológico".

**Presentación de la Información.**

Presentación de la información mediante tablas y graficas en sistemas de barras, así como determinación de PORCENTAJE de los resultados.

**Recursos Humanos.**

Personal de los servicios de archivo clínico, Bioestadística, Radiología, Patología, Dibujo y Fotografía, para la búsqueda de colección de datos motivo de investigación.

**Recursos Materiales.**

Servicio de archivo clínico, Bioestadística, Radiología, Patología, Dibujo y Fotografía.

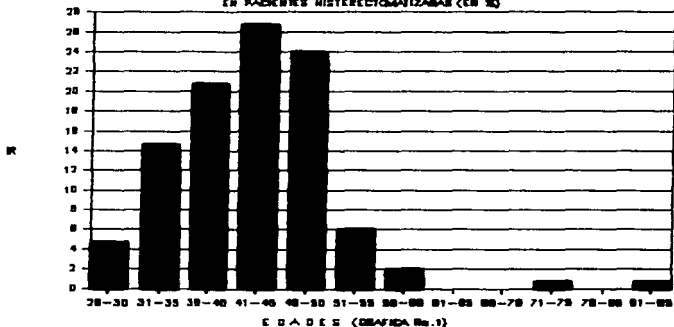
## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados en tablas así como sus gráficas correspondientes de cada una.

GRUPOS POR QUINQUENIOS DE EDAD EN AÑOS  
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS Y PORCENTAJES  
TABLA No. 1

EDADES	NUMEROS	PORCENTAJES
26-30	7	4.7
31-35	22	14.7
36-40	31	20.7
41-45	40	26.7
46-50	36	24.0
51-55	9	6.0
56-60	3	2.0
61-65	0	0.0
66-70	0	0.0
71-75	1	0.7
76-80	0	0.0
81-85	1	0.7
TOTAL :	150	100

GRUPOS POR QUINQUENIOS DE EDAD EN AÑOS  
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN %) (GRAFICA No. 1)



**EDAD PROMEDIO DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS  
CON RELACION CON OTROS AUTORES**

**TABLA No. 1. 1**

A U T O R	E D A D
1 LEE 1902	35
2 DICKER 1982	35
3 ANUET 1978-80	46.5
4 H. LCA 1984-87	41.2
5 H. GIZ 1990-91	42.5

**EDAD PROMEDIO DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS  
CON RELACION CON OTROS AUTORES**

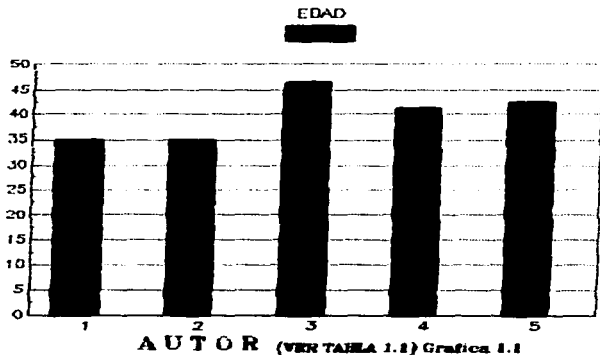


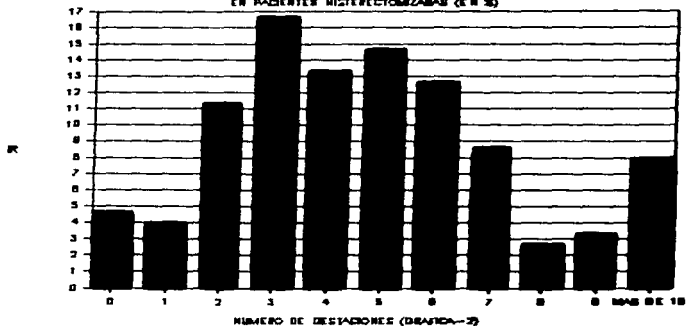


TABLA No. 2

FRECUENCIA DE GESTACIONES  
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

	NUMERO	PORCENTAJES
0	7	4.7
1	6	4.0
2	17	11.3
3	25	16.7
4	20	13.3
5	22	14.7
6	19	12.7
7	13	8.7
8	4	2.7
9	5	3.3
MAS DE 10	12	8.0
	150	100

FRECUENCIA DE GESTACIONES  
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN %)



FRECUENCIA DE GESTACIONES EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS  
CON RELACION CON OTROS AUTORES (EN PORCENTAJE)

TABLA No. 2.1

GESTACIONES	H.L.L.C.A. 1984-87	H.G.I.Z. 1990-91
0	11.7%	4.7%
1	10.7%	4.0%
2	12.7%	11.3%
3	15.7%	16.7%
4	12.7%	15.3%
5	10.7%	14.7%
6	82.0%	12.7%
7	7.0%	8.7%
8	4.7%	2.7%
9	3.7%	3.3%
MAS DE 10	2.0%	8.0%

FRECUENCIA DE GESTACIONES EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS  
CON RELACION CON OTROS AUTORES

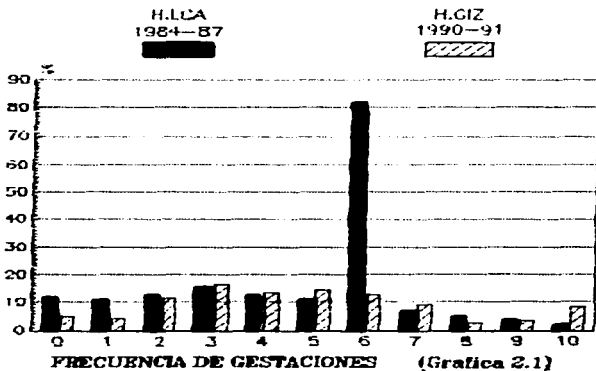
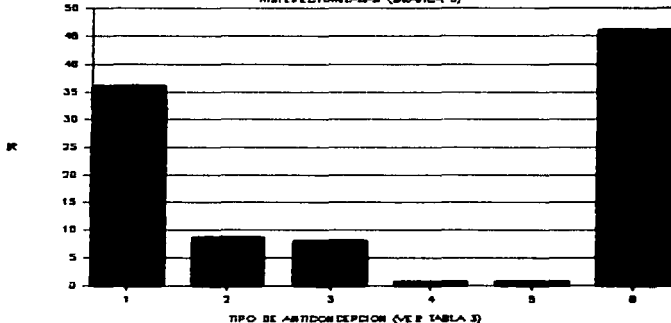


TABLA No. 3

TIPO DE ANTICONCEPCION  
EN LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

		NUMERO	PORCENTAJE
1	O.T.B.	54	36.0
2	D.I.U.	13	8.7
3	HORMONALES ORALES	12	8.0
4	LOCALES	1	0.7
5	HORMONALES PARENTERALES	1	0.7
6	NINGUNO	69	46.0
		150	100

TIPO DE ANTICONCEPCION EN PACIENTES  
HISTERECTOMIZADAS (GRAFICA 3)



TIPO DE ANTICONCEPCION DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS  
CON RELACION CON OTROS AUTORES (EN PORCENTAJES)

TABLA No.3.1

---

	H.LCA 1984-87	H.BIZ 1990-91
O. T. B.	31.1	36.0

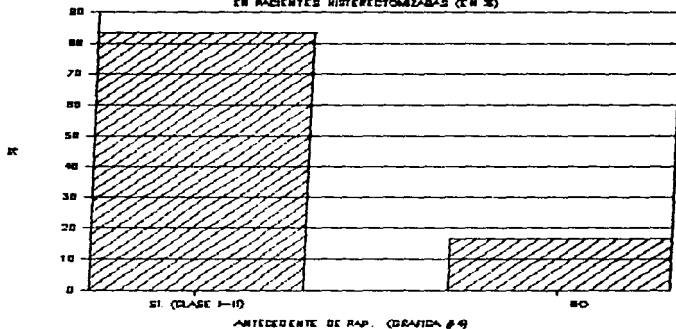
---

TABLA No. 4

ANTECEDENTE DEL PAPANICOLAO  
 EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

	NUMERO	PORCENTAJE
SI. (CLASE I-II)	125	83.3
NO	25	16.7
	150	100

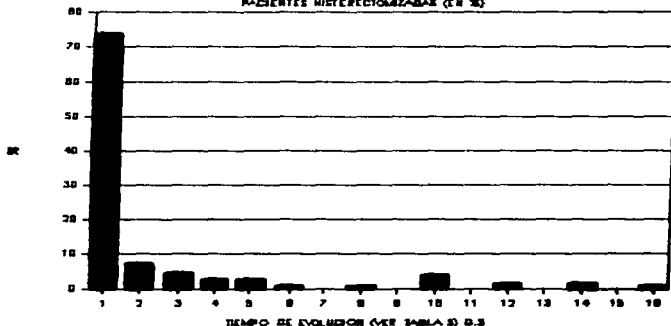
ANTECEDENTES DEL PAPANICOLAO  
 EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN %)



TIEMPO DE EVOLUCION DE LA SINTOMATOLOGIA EN PACIENTES  
 HISTERECTOMIZADAS EN AÑOS Y PORCENTAJES  
 TABLA No. 5

	AÑOS	NUMEROS	PORCENTAJES
1	0-1	111	74.0
2	1-2	11	7.3
3	2-3	7	4.7
4	3-4	4	2.7
5	4-5	4	2.7
6	5-6	1	0.7
7	6-7	0	0.0
8	7-8	1	0.7
9	8-9	0	0.0
10	9-10	6	4.0
11	10-11	0	0.0
12	11-12	2	1.3
13	12-13	0	0.0
14	13-14	2	1.3
15	14-15	0	0.0
16	15-16	1	0.7
		150	100

TIEMPO DE EVOLUCION SINTOMATOLOGIA EN  
 PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN %) 13

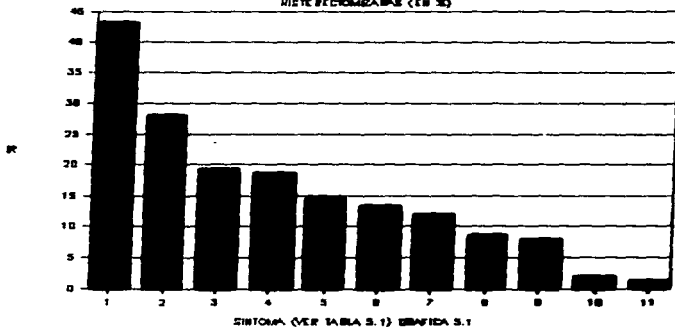


CUADRO CLINICO DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN PORCENTAJES  
 TABLA No.5.1

	NUMERO	PORCENTAJE
1 HIPERPOLIMENORREA	65	43.3
2 DOLOR ABDOMINAL	42	28.0
3 METRORRAGIA	29	19.3
4 HIPERMENORREA	28	18.7
5 I.U.E.	22	14.7
6 DISMENORREA	20	13.3
7 CUERPO EXTRAÑO VAGINAL	18	12.0
8 LEUCORREA CRONICA	13	8.7
9 TUMORACION ABDOMINAL	12	8.0
10 SANGRADO POSTMENOPAUSTICO	3	2.0
11 DISPAREUNIA	2	1.3

CUADRO CLINICO EN PACIENTES

HISTERECTOMIZADAS (EN %) (EN %)

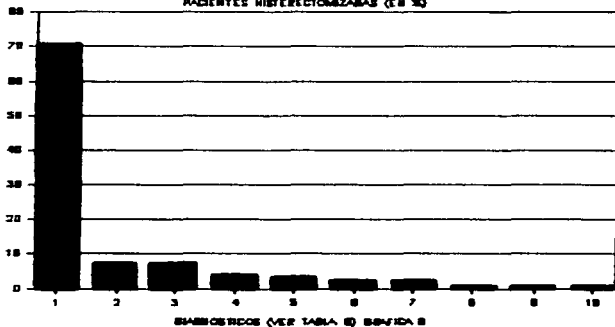


DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS  
EN PORCENTAJES

TABLA No. 6

	NUMERO	PORCENTAJE
1 MIOMATOSIS UTERINA	87	70.7
2 QUISTE DE OVARIO	9	7.3
3 SALPINGITIS	9	7.3
4 ESTUDIO NORMAL	5	4.1
5 CISTADENOMA DE OVARIO	4	3.3
6 OVARIOS POLIQUISTICOS	3	2.4
7 HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	3	2.4
8 ENDOMETRIOSIS	1	0.8
9 ADENOMIOSIS	1	0.8
10 ABSCESO APENDICULAR	1	0.8
TOTAL DE USG:		123
(82% DEL TOTAL DE PACIENTES OPERADAS)		100

DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO DE  
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN %) :





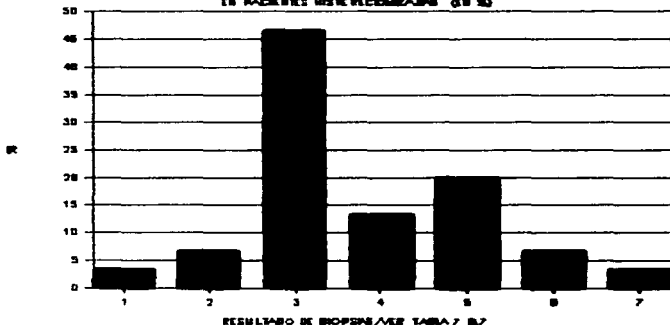
RESULTADO DE BIOPSIA DE ENDOMETRIO  
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

TABLA No. 7

	NUMERO	PORCENTAJ
1 ENDOMETRIO CON SIGNO DE AUTOLISIS	1	3.3
2 ENDOMETRIO PROLIFERATIVO	2	6.7
3 ENDOMETRIO SECRETOR	14	46.7
4 ENDOMETRIO POST-HORMONOTERAPIA	4	13.3
5 HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	6	20.0
6 DECIDUITIS	2	6.7
7 MUESTRA INSUFICIENTE	1	3.3
TOTAL DE BIOPSIAS: (20% DEL TOTAL DE PACIENTES OPERADAS)	30	100

RESULTADO DE BIOPSIA DE ENDOMETRIO

EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN %) (EN %) (EN %)



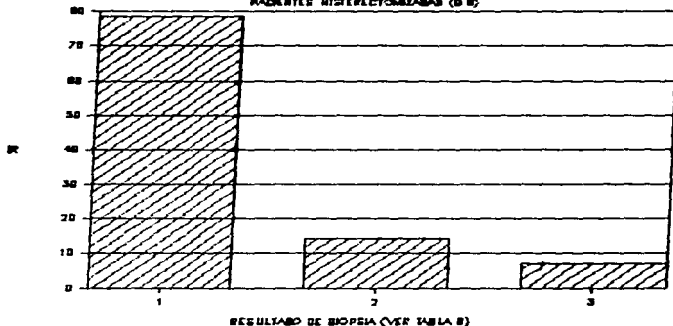
**RESULTADO DE BIOPSIA DE CERVIX  
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS**

**TABLA No. 8**

	NUMERO	PORCENTAJE
1 EXO Y ENDOCERVICITIS CRONICA	12	78.6
2 POLIPO ENDOCERVICAL	2	14.3
3 VIRUS DE PAPILOMA HUMANO	1	7.1
<b>TOTAL DE BIOPSIAS:</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

(9.3% DEL TOTAL DE PACIENTES OPERADAS)

**RESULTADO DE BIOPSIA DE CERVIX EN  
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (B B)**



RESULTADO DE UROGRAFIA EXCRETORA  
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN %)

TABLA No. 9

NUMERO PORCENTAJE

	NUMERO	PORCENTAJE
1 COMPRESION VESICAL Y URETERAL	2	100

(1.3% DEL TOTAL DE PACIENTES OPERADAS)

ENFERMEDAD SISTEMICA CONCOMITANTE  
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

TABLA No. 10

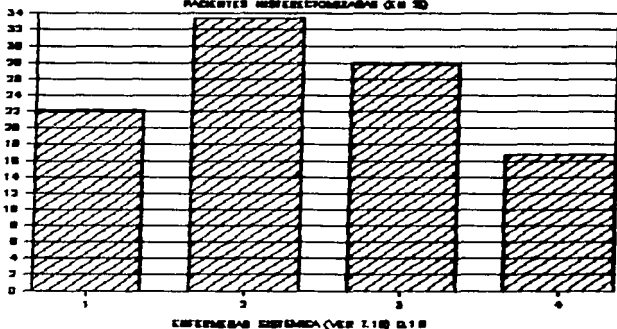
NUMERO PORCENTAJE

	NUMERO	PORCENTAJE
1 OBESIDAD	4	22.2
2 DIABETES MELLITUS	6	33.3
3 HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	5	27.8
4 ANEMIA	3	16.7

(12% DEL TOTAL DE PACIENTES OPERADAS) 18 100

ENFERMEDAD SISTEMICA CONCOMITANTE EN

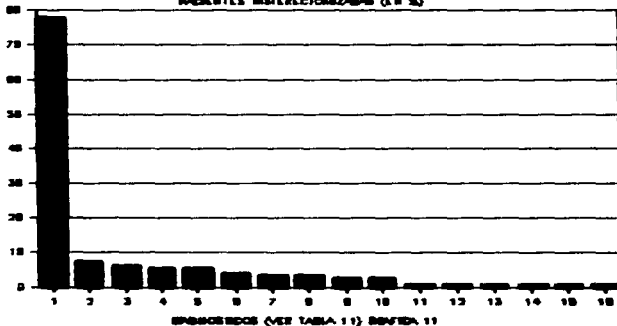
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (N= 30)



DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS  
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN %)
   
TABLA No. 11

	NUMERO	PORCIENTO
1 MIOMATOSIS UTERINA	117	78.0
2 PROLAPSO UTERINO	11	7.3
3 I. U. E.	9	6.0
4 CISTOCLE	8	5.3
5 HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	8	5.3
6 CONGESTION PELVICA	6	4.0
7 DISPLASIA CERVICAL	5	3.3
8 QUISTE DE OVARIO	5	3.3
9 ELONGACION CERVICAL	4	2.7
10 CISTOADENOMA OVARIO	4	2.7
11 ADENOMIOSIS	1	0.7
12 UTERO SIN ANEXOS	1	0.7
13 ENDOMETRIOSIS	1	0.7
14 POLIPO ENDOCERVICAL	1	0.7
15 DESIDUOENDOMETRITIS	1	0.7
16 VIRUS PAPILOMA HUMANO	1	0.7

DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS EN  
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN %)
   
R

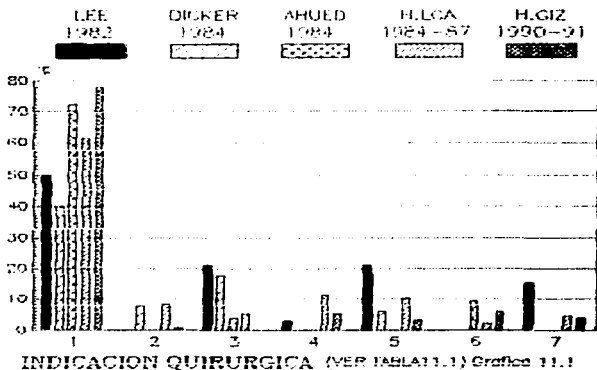


INDICACION QUIRURGICA PRINCIPAL EN PORCENTAJE  
CON RELACION CON OTROS AUTORES

TABLA No. 11.1

	LEE 1982	DICKER 1984	AHUED 1984	H.LCA 1984-87	H.GIZ 1990-91
1.- MEFOMA TORAL	50.0%	40.0%	72.1%	61.3%	70.0%
2.- ADENOMIOSIS	--	2.0%	--	8.3%	0.7%
3.- SANGRADO GENITAL ANORMAL	21.0%	17.0%	4.0%	5.4%	--
4.- HIPERTROFIA ENDOMETRIAL	3.0%	--	--	11.4%	5.3%
5.- DISPLASIA CERVICAL	21.0%	6.0%	--	10.2%	3.3%
6.- TUMOR DE OVARIO	--	--	9.0%	2.4%	6.0%
7.- BIOPUR PREVENIDO	15.0%	--	--	4.0%	4.0%

INDICACION QUIRURGICA PRINCIPAL EN PORCENTAJE  
CON RELACION CON OTROS AUTORES

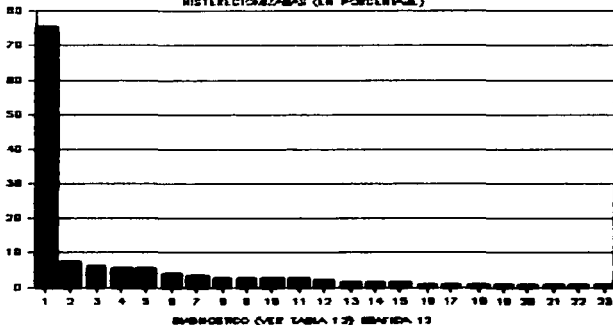


**DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO  
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS**

**TABLA No. 12** **NUMERO PORCENTAJE**

	NUMERO	PORCENTAJE
1 MIOMATOSIS UTERINA	113	75.3
2 PROLAPSO UTERINO	11	7.3
3 I.U.E.	9	6.0
4 HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	8	5.3
5 OVARIO POLICISTICO	8	5.3
6 CISTOCELE	6	4.0
7 CISTOADENOMA DE OVARIO	5	3.3
8 ADENOMIOSIS	4	2.7
9 CONGESTION PELVICA	4	2.7
10 ENDOMETRIOSIS	4	2.7
11 DISPLASIA LEVE-MODERADA	4	2.7
12 ELONGACION CERVICAL	3	2.0
13 NO TIENE PATOLOGIA	2	1.3
14 QUISTE HEMORRAGICO DE OVARIO	2	1.3
15 POLIPO ENDOCERVICAL	2	1.3
16 DECIDUENDOMETRITIS	1	0.7
17 HIDROSALPINX	1	0.7
18 SHOCK HIPOVOLEMICO	1	0.7
19 REPARACION DE VEJIGA	1	0.7
20 VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	1	0.7
21 TUBERCULOSIS PERITONEAL Y GENITAL	1	0.7
22 LIGADURA DE HIPOGASTRICAS	1	0.7
23 PIOSALPINX	1	0.7

**DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO EN PACIENTES  
HISTERECTOMIZADAS (EN PORCENTAJE)**



**TIPO DE CIRUGIA REALIZADA  
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN %)**

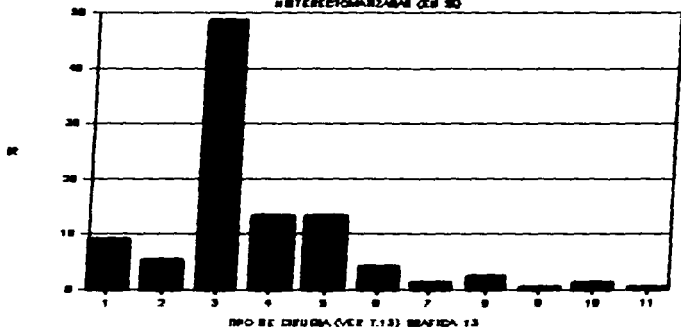
**TABLA No. 13**

**NUMERO**

TIPO DE CIRUGIA	NUMERO
1 H.T.A.	15
2 H.T.V. + S.O.B.	9
3 H.T.A. + S.O.B.	81
4 H.T.A. + S.O.I.	22
5 H.T.A. + S.O.D.	22
6 + MARSHALL	7
7 + BURSH	2
8 + COLPO	4
9 + OMENTECTOMIA	1
10 + APENDICECTOMIA	2
11 + BIOPSIA DE RECTO	1

**TIPO DE CIRUGIA REALIZADA EN PACIENTES**

**HISTERECTOMIZADAS (EN %)**



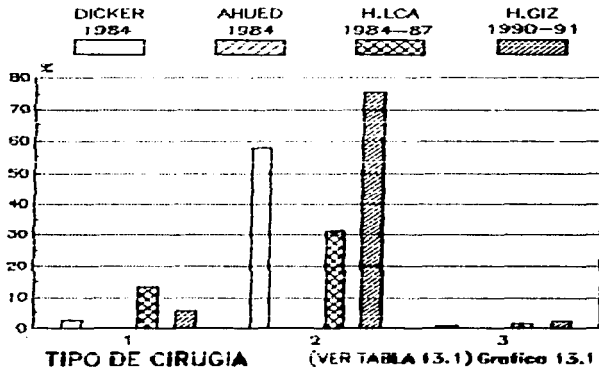


**TIPO DE CIRUGIA REALIZADA EN PORCENTAJE  
CON RELACION CON OTROS AUTORES**

**TABLA No. 13.1**

	DICKER 1984	AHUED 1984	H.LCA 1984-87	H.GIZ 1990-91
1.- MARSHALL MARCHETTI O BURSH	2.7%	---	13.3%	5.4%
2.- CIRUGIA DE ANEXOS	58.0%	---	31.3%	75.4%
3.- CULPORRAFIA	0.8%	---	1.4%	2.4%

**TIPO DE CIRUGIA REALIZADA EN PORCENTAJE  
CON RELACION CON OTROS AUTORES**



RESULTADO ANATOMO PATOLOGICO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS  
DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN PORCENTAJE)

"U T E R O"

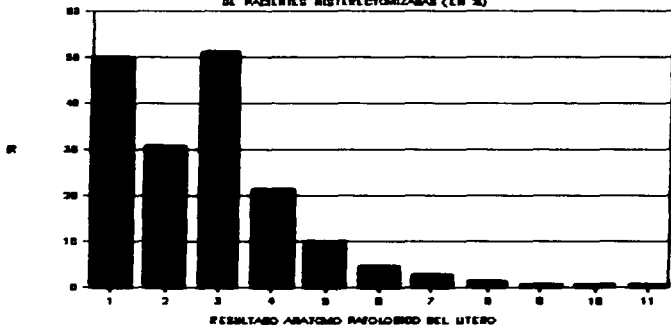
TABLA No. 14.1

NUMERO PORCENTAJE

	NUMERO	PORCENTAJE
1 LEIOMIOMAS	75	50.0
2 ADENOMIOSIS	46	30.7
3 ENDOMETRIO SECRETOR	77	51.3
4 ENDOM. CON SIGNOS DE AUTOLISIS	32	21.3
5 ENDOMETRIO ATROFICO	15	10.0
6 ENDOMETRIO PROLIFERATIVO	7	4.7
7 POLIPO ENDOMETRIAL	4	2.7
8 ENDOMETRITIS	2	1.3
9 ENDOMETRIOSIS	1	0.7
10 HIPERPLASIA ADENOMATOSA	1	0.7
11 TUBERCULOSIS ENDOUTERINA	1	0.7

RESULTADO ANATOMO PATOLOGICO (G-14.1)

DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN %)

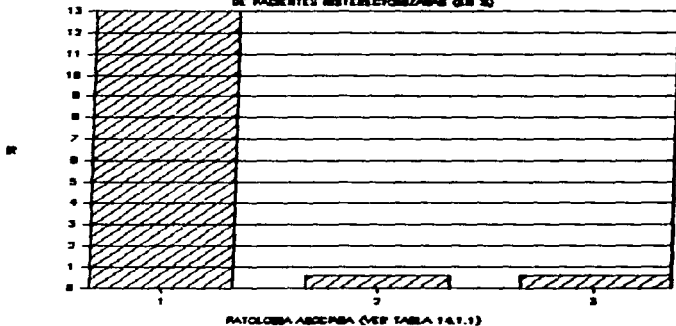


RESULTADO ANATOMO PATOLOGICO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS  
DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN PORCENTAJE)  
" U T E R O "

TABLA No. 14.1.1 PATOLOGIA ASOCIADA NUMERO PORCENTAJE

PATOLOGIA ASOCIADA	NUMERO	PORCENTAJE
1 LEIOMIOMA + ADENOMIOSIS	20	13.0
2 LEIOMIOMA + POLIPO ENDOMETRIAL	1	0.6
3 LEIOMIOMA + POLIPO ENDOMETRIAL + ADENOMIOSIS	1	0.6
(14.6% DEL TOTAL DE UTEROS PATOLOGICOS)	22	

RESULTADO ANATOMO PATOLOGICO (G-14.1.1)  
DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (G-10)



RESULTADO ANATOMO PATOLOGICO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS  
DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN PORCENTAJE)

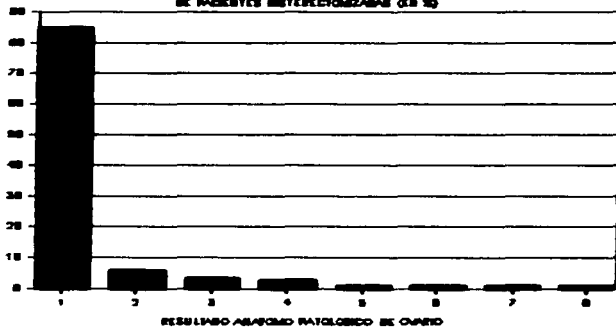
TABLA No. 14.2

----- " OVARIOS " ----- NUMERO PORCENTAJE

	NUMERO	PORCENTAJE
1 OVARIOS NORMALES	101	84.9
2 CISTADENOMA PAPILAR MUCINOSO	7	5.9
3 OVARIO QUISTICO	4	3.4
4 CISTADENOMA INVASOR	3	2.5
5 TUBERCULOSIS OVARICA	1	0.8
6 INFARTO HEMORRAGICO DE OVARIO	1	0.8
7 TUMOR DE BRENNER	1	0.8
8 TERATOMA	1	0.8

RESULTADO ANATOMO PATOLOGICO (G-14.2)

DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN %) (1)



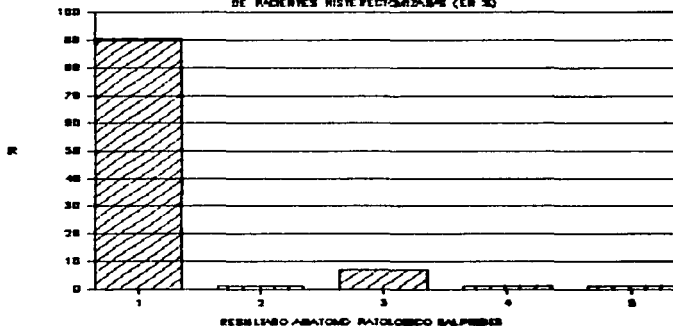
**RESULTADO ANATOMO PATOLOGICO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS  
DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN PORCENTAJE)  
"SALPINGES"**

**TABLA No. 14.3**

----- **NUMERO PORCENTAJE** -----

	NUMERO	PORCENTAJE
1 SALPINGES NORMALES	103	90.4
2 HEMATOSALPINX	1	0.9
3 HIDROSALPINX	8	7.0
4 TB TUBARICA	1	0.9
5 SALPINGITIS	1	0.9

**RESULTADO ANATOMO PATOLOGICO (G-14.3)  
DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN %)**



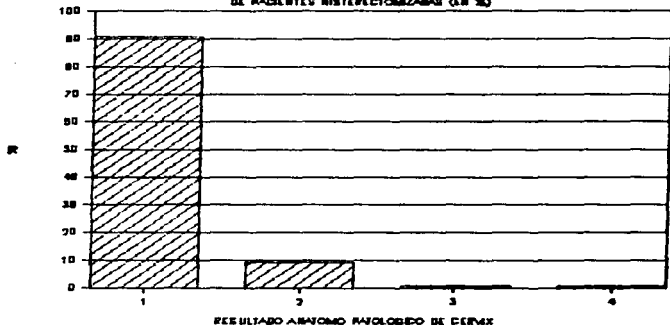
**RESULTADO ANATOMO PATOLOGICO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS  
DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN PORCENTAJE)  
"CERVIX"**

-----  
TABLA No. 14.4

	----- NUMERO	PORCENTAJE
1 EXO Y ENDOCERVICITIS CRONICA	136	90.7
2 METAPLASIA ESCAMOSA MICROGLANDULAR	14	9.3
3 POLIPO ENDOCERVICAL	1	0.7
4 CA EPIDERMIDE IN SITU	1	0.7

**RESULTADO ANATOMO PATOLOGICO (G-14.4)**

DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN 30)



RESULTADO ANATOMO PATOLOGICO DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS  
DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS (EN PORCENTAJE)  
"OTROS"

TABLA No. 14.5  
PIEZA

RESULTADO

1 APENDICE (2)  
2 EPIPLON

NORMAL  
NORMAL

1 CITOLOGIA DE LIQUIDO PERITONEAL  
(UNA)

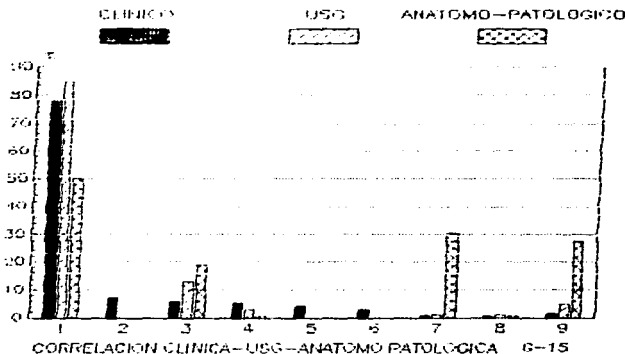
POSITIVA

**CORRELACION CLINICA-USG-ANATOMO PATOLOGICA  
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN PORCENTAJE**

**Tabla No. 15**

DIAGNOSTICO	CLINICO	USG	ANATOMO PATOLOGICO
1. Adenomiosis	70%	85%	50%
2. Prolapso del uterus	100%	-	-
3. Endometriosis	50%	100%	100%
4. Hiperplasia del endometrio	70%	20%	0%
5. Fibromioma uterino	40%	-	-
6. Hiperplasia cervical	100%	-	-
7. Adenocarcinoma	0%	0%	50%
8. Endometriosis	0%	0%	0%
9. Hiperplasia	100%	0%	100%

**CORRELACION CLINICA-USG-ANATOMO PATOLOGICA  
EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN PORCENTAJE**





## RESULTADOS

La edad promedio de las pacientes histerectomizadas es de 42.5% lo cual corresponde al mismo rango según lo publicado por otros autores (1,12,14), siendo el 71.4% los pacientes que se encuentran entre 36 a 50 años (tabla No.1,1.1)

El 80% de la población corresponde a pacientes multigestas, 3 o más gestaciones (Tabla No.2).

Solo el 54% de la población utilizaba algún método anticonceptivo (tabla No.3) de las cuales el 36% tenía antecedente de OTB, similar a lo publicado en otro estudio (14) (tabla No.3.1).

El 16.7% de la población cargaba de estudio de papanicolaou (Tabla No.4), el resto 83.3%, el resultado se encontró como negativo a malignidad clase 1-11.

El tiempo de evolución del padecimiento hasta el momento de la cirugía se encontraba menor a un año en el 74% de las pacientes. El cuadro clínico se caracterizaba por trastornos menstruales del tipo hiperpolimenorrea, metrorragia, e hipermenorrea, así como dolor abdominal, dismenorrea y otros síntomas asociados (tabla No.5 y 5.1).

De los estudios de gabinete realizados a pacientes, solo el 82% del total de pacientes contaba con estudio de ultrasonido, y el diagnóstico más frecuente fue el de miomatosis en un 70.7%. El porcentaje de estudios normales fue de 4.1% y el resto para otros diagnósticos diversos (tabla No.6).

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Solo el 20% del total de pacientes se les practicó biopsia endometrial, de ellos el 26.7% reportó patología en el resultado (tabla No.7).

El 9.3% del total de pacientes tenía estudio de biopsia cervical donde se demostro patología en un 1.4% (tabla No.8)

Dos pacientes que corresponde a 1.3% de la población total, tenía Urografia excretora que reporto: Compresión vesical y ureteral (tabla No.9).

El 82% de la población se reporto sin ninguna enfermedad sistémica concomitante, y el 18% manifesto en orden decreciente por frecuencia: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad y Anemia (tabla No.10).

El diagnóstico preoperatorio más frecuente fué de Miomatosis (78%), seguido de Prolapso Uterino (7.3%), Hiperplasia Endometrial (5.3%), y Congestión Pelvica (4.4%), el resto (5.9%), fué para otros diagnosticos diversos (tabla No.11).

En correlación con otros autores, fué mayor (aprox.10 a 20%) el porcentaje de diagnóstico de miomatosis; Intermedio el porcentaje de diagnóstico de Hiperplasia Endometrial y Tumor de Ovario; Bajo (aprox. 25 a 90%) el porcentaje de diagnóstico de Adenocarcinoma y Displasias, y fué similar el porcentaje de diagnóstico de dolor pélvico (tabla No.11).

Se agregaron siete diagnósticos posoperatorios los cuales fueron hallazgos transeoperatorios como: Hidrosalpinx, Pielosalpinx, TB Genital, y Deciduoendometritis; Otros como

consecuencia de accidentes transoperatorios como: Reparación de vejiga, shock hipovolémico, ligadura de hipogástrica (tabla No.12).

La histerectomía realizada más frecuente fué: HTA más SOB en un 48,8%, seguida de HTA más SOI y SOB en un 13,3% cada uno. En relación a la asociación con celerrafía fué 2,4% similar a lo reportado por otros autores, con respecto a Marshall o Marsh fué 5,4%, intermedio para lo ya publicado y en cuanto a cirugía de anexos (75,4%) fué el doble correlacionado con los demás autores (1,14) (tabla No.13.1).

El resultado anatómopatológico demostró patología uterina en un 72,2% reportando: Leiomiosas 50%, Adenosis 30,7%, Endometritis 1,3%, Endometriosis 0,7%, y patología asociada en un 14,6% (tabla No. 14.1 y 14.1.1).

El porcentaje de úteres sanos fué de 27,8%, maye a lo publicado por otros autores (14).

De los ovarios estudiados el 84% fueren normales y solo el 15,1% demostró patología diversa (tabla No.14.2).

Las salpinges fueren normales en un 90,4%, quedando el 9,6% dentro de patología tubarica (tabla No.14.3).

Así mismo el 90,0% de piezas de cervix se reportó sin patología y solo el 1,4% demostró patología franca (tabla No. 14.4).

Las cuatro piezas quirúrgicas estudiadas anexadas al estudio se reportarán como normales (tabla No 14.5).

Dentro de la correlación clínica-USE/anatómopatológica demostrada en la tabla No. 15, sobresale la falta de correlación clínica y USE del diagnóstico de micrometastásis con el diagnóstico anatómopatológico, así como con el diagnóstico

de Adenocarcinoma, sin embargo se aprecia correlación solamente clínica y USG de las mismas. Existió correlación clínica-USG-Anatomopatológica con el diagnóstico de Endometriosis y no existió ninguna correlación con respecto a diagnóstico de úteros sanos. (tabla No.15).

## CONCLUSIONES

- 1.- El tipo de población estudiada es similar a la estudiada por otros autores en cuanto a edad, tipo de anticoncepción y número de gestaciones.
- 2.- El cuadro clínico se caracterizó por trastornos de san grado menstrual.
- 3.- La población es captada dentro del primer año de su padecimiento actual, y el resto es captada posteriormente probablemente como consecuencia de su bajo nivel socio-económico y cultural reflejado en el elevado número de gestaciones.
- 4.- La gran mayoría de la población contaba con estudio de ultrasonido, el restante pudo no haber requerido del estudio para su programación.
- 5.- El diagnóstico preoperatorio se basa fundamentalmente en la clínica y el ultrasonido, ya que el resto de estudios de gabinete fue mínimo.
- 6.- La mayoría de la población fuera de su problema ginecológico es sana, lo cual contribuye a que no se manifieste una morbi-mortalidad elevada pese a un índice elevado de histerectomías.
- 7.- Se realiza un elevado índice de cirugías de anexos, lo cual no se justifica según los reportes de patología de anexos y convendría valorar la indicación para realizar simultáneamente de manera "profiláctica" valorando los beneficios y efectos perjudiciales tanto sistémicos como emocionales de la misma.

- 8.- Existe una correlación clínica-USG en el diagnóstico preoperatorio más frecuente "Miomatosis", sin embargo, usando el diagnóstico anatomopatológico se detecta una confirmación diagnóstica para la misma del 64%, existiendo un error diagnóstico del 36%. Esto podría ser explicado a que se detecta un buen porcentaje de diagnósticos de Adeniosis, lo cual es un diagnóstico eminentemente histopatológico; sin embargo, esta patología pudiera aumentar el tamaño del útero, lo cual eleva el porcentaje de úteros de tamaño mayor al normal por clínica y ultrasonido.
- 9.- El porcentaje de úteros sanos evaluados por el reporte anatomopatológico fué de 27.8%, mayor a lo publicado por otros autores -19.4% (14).
- 10.- El error diagnóstico global se detectó en un 31.2%
- 11.- El elevado porcentaje de úteros sanos, que correspondería a cirugías innecesarias, se debe a que como todo hospital escuela, existe dentro del entrenamiento a médicos residentes, la práctica quirúrgica, sin embargo, existe la necesidad de reducir ese elevado índice, esto se lograría estableciendo protocolos de estudio para la paciente candidata a histerectomía el cual debe incluir:
- a) Antecedentes ginecoobstétricos completos, así como Antecedentes personales patológicos.
  - b) Cuadro clínico y Tiempo de evolución.
  - c) Estudio de papanicolaou.
  - d) Estudio de Gabinete: Biopsia de endometrio (obligatoria), USG, Biopsia cervical y Urografía

e) Respuesta a manejo médico-quirúrgico (LMI) conservador.

12 .- Una vez llenado todo el protocolo de estudio, es conveniente la creación de una CONSULTA PREQUIRURGICA para este tipo de pacientes, con lo cual está demostrado que se reduce el número de indicaciones quirúrgicas de pacientes candidatas a histerectomía.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- AJUED A J MORBILIDAD EN HISTERECTOMIA A ABDOMINAL INFORME  
500 CASOS  
Ginecol Obstet Mex 52; 327- 1984
- 2.- CA\_LDERA C TE\_SIS RECEPCIONAL  
Hospital "20 Noviembre" ISSSTE 1976.
- 3.- CHOJNACHI A. ANALYSIS OF THE INDICATION FOR HYSTERECTOMY BASED  
ON THE DATA OF THE DEPARTMENT OF GINECOLOGY OF THE  
DISTRICT HOSPITAL IN TORUN 1982-1985  
Ginekol-Pol 1988 AUG; 59(8) :p499-503.
- 4.- CRAMER SP. THE FREQUENCY OF UTERINE LEIOMYOMAS  
Am J Clin Pathol 1990 Oct 94(4); 435-8
- 5.- DELARUE T WHAT LESIONS OF THE MYOMETRIUM ARE RESPONSIBLE FOR  
HEMORRHAGE?  
Rev Fr Gynecol Obstet 1988; Nov;83(11) 679-86
- 6.- DE\_LGADO HISTERECTOMIA ABDOMINAL ESTUDIO DE 300 CASOS  
Ginecol Obstet Mex 1975 138;227
- 7.- FINKEL ML THE EFFECT OF A SECOND OPINION PROGRAM HYSTERECTOMY  
P\_ERFORMANCE  
Med Care; 1990 Sep; 28(9) :p776-83
- 8.- HOELWEG CLINICAL ASPECTS OF VAGINAL HYSTERECTOMY  
Geburtshil fe frauenheilkd; 1987 Dec;47(12) :p864-7
- 9.- JOSEPH QUALITY ASSURANCE INDICATORS AND SHORTS-TERM OUTCOME  
OF HYSTERECTOMY  
Obstet Gine col 76;341 1990 Vol 76 No.5 Part.1 Nov.
- 11.- MA CHENBACH REGIONAL DIFFERENCES IN THE FREQUENCY OF VARIOUS  
COMMON SURGICAL PROCEDURES 1985  
Ned Tijdschr Geneesk; 1990 May 12;134(19);953-7



12.- NANCY C LEE CONFIRMATIO\_N OF PREOPERATIVE DIAGNOSES FOR  
HYSTERECTOMY

Am Jour Obstet Gynecol 1984;150:283-7

13.- OYARZON HISTERECTOMIA GINECOLOGICA EN UN HOSPITAL BASE DE  
PROVINCIA

Rev Chil Obstet Ginecol 1986;51(1):P.29-41

14.- RUIZ MEDINA CORRELACION CLINICO . PATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA  
ABDOMINAL GINECOLOGICA

Tesis 1989 Hospital "Luis Castelazo Ayala"  
Ginecologia y Obstetricia No.4.