

11217
52
Lej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE SONORA
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

*CORRELACIÓN CLÍNICA, ULTRASONOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA
DE MASA PÉLVICA EN MUJERES QUE INGRESARON AL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL H.I.E.S.
(JUNIO 1996 A MAYO DE 1997)*

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

DR. JUAN FRANCISCO GALINDO BELTRAN

DR. FELIPE A. MÉNDEZ VELARDE
ASESOR
COORDINADOR DE ENSEÑANZA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HERMOSILLO, SONORA; NOVIEMBRE DE 1997

8

257830



Universidad Nacional
Autónoma de México



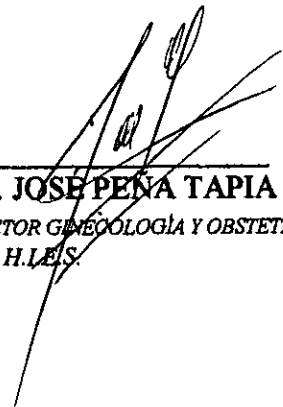
UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

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.

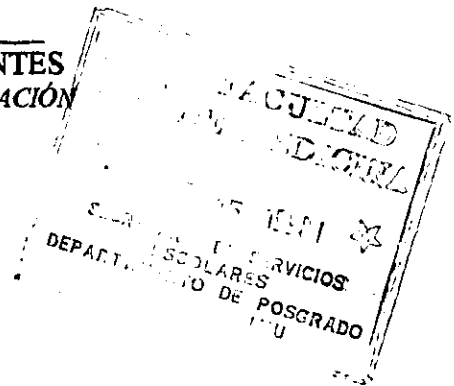

DR. NORBERTO SOTELO CRUZ
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA



DR. JOSE PEÑA TAPIA
DIRECTOR GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
H.I.E.S.


DR. RAMIRO GARCÍA ALVAREZ
DIRECTOR GRAL. DE ENSEÑANZA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO




DR. GUILLERMO LÓPEZ CERVANTES
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN




DR. FELIPE A. MENDEZ VELARDE
ASESOR DE TESIS
COORDINADOR DE ENSEÑANZA
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ÍNDICE GENERAL

TITULO.....	01
AUTORES.....	01
AGRADECIMIENTOS.....	02
INTRODUCCIÓN.....	03
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	05
PROBLEMA.....	09
HIPÓTESIS.....	09
OBJETIVOS.....	10
MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
RESULTADOS.....	13
COMENTARIOS Y DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSIONES.....	19
SUGERENCIAS.....	21
CUADROS.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	35

TITULO:

CORRELACIÓN CLÍNICA, ULTRASONOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA DE MASA PÉLVICA EN MUJERES QUE INGRESARON AL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA. (01 DE JUNIO DE 1996 A 31 DE MAYO DE 1997).

AUTOR:

DR. JUAN FRANCISCO GALINDO BELTRAN

RESIDENTE DE CUARTO AÑO

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

H.I.E.S.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, ser supremo que me ha brindado la dicha de ser padre y me a guiado por la vida hasta convertirme en lo que soy: un ser humilde que lucha por defender sus ideales y busca su superación.

A MIS PADRES, gente de campo y trabajo, lo grito de corazón, que han sabido conducirme y forjar una profesión, y sobre todo agradezco, dentro de mi formación, el respeto y la responsabilidad que siempre supieron inculcar y prodigo con tesón.

A MI MEJOR AMIGA, que con su comprensión por años, fue fruto de mi inspiración, sin mostrar cansancio alguno, a mi lado caminó, hasta convertirse un día en la dueña de mi amor : Gracias Claudía, siempre te admiraré.

A MI PAULINA Querida, bello fruto de mi amor, niña bella que a mi vida vino a darle bendición.

A MIS HERMANAS, que han sabido forjar en mí el respeto por la mujer (sin olvidar a Diana y Erika).

A MIS MAESTROS, con respeto y admiración, ocupando un lugar especial el Dr. Raúl Amaro Patrón y Dr. Felipe A. Méndez Velarde.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS: Residentes, a todos ellos, los llevo en mi corazón y me siento afortunado de contar con su amistad.

A MIS PACIENTES, que ocuparon un lugar muy importante en mi formación.

A TODOS, GRACIAS.

INTRODUCCIÓN

Al detectar una masa pélvica a través de la exploración clínica, el explorador en ocasiones se enfrenta a un problema diagnóstico para identificar el origen de dicha tumoración, sobre todo tomando en cuenta los diversos órganos que se localizan en el hueco pélvico (Origen ginecológico, intestinal, urinario, de pared abdominal y retroperitoneal) ¹. Esto en ocasiones constituye un reto para el clínico, ya que la orientación del diagnóstico, hace en ocasiones indispensable el uso del ultrasonido, mismo que por la capacidad de propagarse a través del tejido humano, permite al ginecólogo, determinar las características morfológicas de dicha tumoración (quístico o sólido), misma que puede orientar al clínico hacia un diagnóstico de benignidad o malignidad de la masa ². Conociendo estas características, el médico puede plantear un tratamiento radical o conservador, dependiendo de la sospecha clínica y corroborado por ultrasonido, de malignidad o benignidad.

Douglas Howry y Roderic Bliss en 1974 produjeron el primer equipo de ECO pulsado en medicina y en 1949, Pholmann lo utilizó por primera vez en ginecología ³.

Dependiendo del sistema ultrasónico y de la técnica empleada, así como de la pericia del operador, se pueden detectar estructuras desde 0.5

cm., ayudando a establecer posibilidades diagnósticas que orienten al origen y grado de malignidad o benignidad de una patología ginecológica⁴; confirmar normalidad de órganos pélvicos, confirmar o descartar presencia de neoplasias y sugerir la posibilidad de benignidad o malignidad (según características de la neoplasia: Sólida, quística o mixta).

Sin embargo, la información externada por ultrasonido puede ser discordante entre la apreciación de un radiólogo y otro, de ahí la importancia de la exploración clínica en el diagnóstico de masa pélvica y de la interpretación con reserva, de los hallazgos ultrasonográficos, en algunos casos.

Debido a que la literatura muestra diferentes porcentajes entre la acertabilidad diagnóstica entre el ultrasonido y la clínica en el estudio de masa pélvica, el presente trabajo pretende mostrar las diferencias existentes en el diagnóstico de masa pélvica, entre el estudio sonográfico y la exploración clínica, correlacionando ambos con el resultado histopatológico de las piezas quirúrgicas, en las pacientes atendidas en nuestro hospital.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El origen de la tumoración pélvica puede ser anatómicamente muy diversa¹.

En los últimos años la ultrasonografía se ha convertido en una herramienta esencial y a veces empleada indiscriminadamente por el ginecólogo, pero sin lugar a dudas, el uso de éste elemento a demostrado su mayor utilidad práctica en la obstetricia, observando interpretaciones muy diversas en el área ginecológica⁵. Dado lo anterior, es de vital importancia realizar una comparación de los hallazgos de una exploración pélvica adecuada, con los hallazgos ultrasonográficos, para así, de una manera complementaria, el ultrasonido nos oriente a integrar un diagnóstico mas acertado.

Se han publicado diversos estudios respecto a la acertabilidad diagnóstica del ultrasonido comparado con la exploración clínica. En un estudio de Reeves, en 1979, encontró una correlación clínica-ultrasonográfica de 90%, en pacientes sometidas a laparatomía exploradora con diagnóstico de masa pélvica, encontrando además que el estudio ultrasonográfico mostró un 5.6% de falsas negativas (Voss, en 1983 reporta falsas negativas por ultrasonido de hasta un 21 %). También Reeves, en su estudio, concluyó que el ultrasonido fue significativamente importante en la descripción de las características de la masa, mismas que

pueden orientar al clínico hacia la naturaleza benigna o maligna de la tumoración^{6,7}.

El ultrasonido no sustituye el estudio clínico adecuado de una masa pélvica, siendo su mayor utilidad la de determinar las características morfológicas de dicha tumoración, orientándonos hacia una posible malignidad⁸.

La dificultad diagnóstica ultrasonográfica es principalmente en la determinación de masas anexiales.

Lilford, en 1980, refiere que en un 87%, el ultrasonografista puede diagnosticar con precisión una tumoración uterina y solo un 30% de las masas anexiales⁹. Un ejemplo lo representa el diagnóstico ultrasonográfico de embarazo ectópico, donde Andrew, 1996, refiere que hasta un 20% de los embarazos extrauterinos no muestran hallazgos ultrasonográficos que orienten a éste problema¹⁰.

La ultrasonografía pélvica es tal vez el recurso diagnóstico mas importante para determinar el tipo de manejo quirúrgico de un tumor anexial (laparoscopia, laparotomía, cirugía radical, etc.). El ultrasonido es más preciso para la predicción de qué tumores son benignos y cuales son malignos. Sin embargo, Benacerraf y colaboradores¹¹, informaron que la ultrasonografía era francamente confusa en 15% de los casos de masa pélvica; en tanto, Herrmann y cols.¹² comunicaron solo 73% de valor

predictivo positivo para el diagnóstico ultrasonográfico de masa pélvica. Huengsb¹³ menciona que existe déficit del 48% de no detección de masa pélvica por ultrasonido, comparado con la exploración ginecológica.

En México, Guerra de la Garza, en 1991, confirma que el ultrasonido tiene una acertabilidad diagnóstica en la miomatosis uterina de 80.28%. Matingly informó que menos del 50% de las mujeres con miomas son asintomáticas, por lo que el ultrasonido puede ser de valiosa ayuda en el diagnóstico de éste tipo de patología^{14,15}.

En 1988, Ramos Alvarado realizó un estudio donde correlacionó el diagnóstico ultrasonográfico con el clínico e histopatológico en Ginecología, donde obtuvo un 56% de correlación entre los tres procedimientos. La certeza del diagnóstico clínico fue de 66%; el error ecosonográfico global fue de 21% y el error global por clínica fue de 34%³. Cochrane y Thomas en 1992, indicaron que la posibilidad de llegar a un diagnóstico correcto por ultrasonido, es de 82%; hay algunos autores que dan margen de error de hasta un 40%^{16,17}.

En estudio realizado en la Cd. de Hermosillo Sonora, en 1986 por los doctores Méndez Velarde y Salazar López¹, encontraron una correlación clínica - ultrasonográfica de 83.33% y operatoria-ultrasonográfica de 85.41%.

Sin lugar a dudas, el ultrasonido es un estudio de gabinete muy valioso que ayuda al clínico a la toma de decisiones, aunque se debe tomar con reserva y aplicarlo como apoyo a los hallazgos clínicos, para así brindar a la paciente un diagnóstico y tratamiento más adecuado. También se debe tomar en cuenta que el valor del ultrasonido depende de varios factores, como son la pericia del ultrasonografista, las características de cada aparato, así como de la información que brinde el clínico al medico radiólogo^{3,10,18}.

PROBLEMA

No existe en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del H.I.E.S. un estudio comparativo en el diagnóstico de masa pélvica, entre la clínica exploratoria pélvica y el ultrasonido.

HIPÓTESIS

“La exploración clínica pélvico - abdominal adecuada en el estudio de masa pélvica, tiene más acertabilidad diagnóstica que el ultrasonido abdominopélvico en nuestra Institución”.

PROBLEMA

No existe en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del H.I.E.S. un estudio comparativo en el diagnóstico de masa pélvica, entre la clínica exploratoria pélvica y el ultrasonido.

HIPÓTESIS

“La exploración clínica pélvico - abdominal adecuada en el estudio de masa pélvica, tiene más acertabilidad diagnóstica que el ultrasonido abdominopélvico en nuestra Institución”.

OBJETIVOS

GENERALES :

Correlacionar el resultado histopatológico con el diagnóstico clínico y ultrasonográfico de masa pélvica.

PARTICULARES :

1.- Demostrar la acertabilidad de la imagenología diagnóstica (ultrasonido abdominopélvico), contra la exploración clínica en el diagnóstico de masa pélvica.

2.- Demostrar la importancia de la exploración clínica en el diagnóstico de masa pélvica.

3.- Concientizar sobre el uso más racional del ultrasonido pélvico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes del servicio de archivo clínico y de patología durante el periodo comprendido entre el primero de junio de 1996 al 31 de mayo de 1997, con la finalidad de extraer los casos en los que las piezas quirúrgicas fueron ovario, útero y salpinges. De la bitácora de quirófano, se obtuvieron, también, los casos de cirugía pélvica, electivas y de urgencia.

Se trata de un estudio observacional, comparativo, transversal, retrospectivo y descriptivo, realizado en el servicio de Ginecología del Hospital Infantil del Estado de Sonora, en el periodo comprendido entre el primero de junio de 1996 y el 31 de junio de 1997, donde se incluyeron un total de 125 pacientes con masa pélvica, mismos que se sometieron a una exhaustiva selección, considerando los siguientes criterios de inclusión: Que tengan historia clínica y exploración ginecológica de masa pélvica; que se les halla realizado ultrasonido pélvico y que tengan estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica (es de entenderse que la paciente fue sometida a laparotomía exploradora en la Institución). Se excluyeron las pacientes que no reunían uno o más de los criterios antes mencionados. Cabe señalar que los estudios ultrasonográficos se realizaron en su mayoría por radiólogos de la institución, pero algunos en gabinetes radiológicos particulares.

De los casos que llenaron los criterios de inclusión, se revisó expediente clínico para obtener variables relacionadas con el diagnóstico clínico, ultrasonográfico y anatomopatológico.

Los resultados se analizaron con estadística sencilla de porcentajes y se realizaron tablas de enfrentamiento (estudios de contingencia), para así obtener la acertabilidad diagnóstica, tanto clínica y ultrasonográfica, comparada con el resultado del estudio histopatológico.

De tal manera que se hará una correlación del diagnóstico clínico y ultrasonográfico de masa pélvica, con el resultado histopatológico, tratando de demostrar la importancia del estudio clínico en el diagnóstico de dichas tumoraciones, así como de determinar la acertabilidad diagnóstica del ultrasonido pélvico en el estudio de dichas tumoraciones en nuestra Institución.

RESULTADOS

Se analizaron 125 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, y según el grupo de edad, un 42.4% (53 casos) correspondieron al rango de edad entre 40 a 49 años (Cuadro N° 1, Gráfica 1).

Se realizaron 10 cirugías de urgencia (8%), mismas que en su totalidad correspondían a patología ovárica y anexial. El 92% restante fueron cirugías programadas (Cuadro N° 2, Gráfica 2). Es de llamar la atención que de la totalidad de patología uterina (89 casos, 71.2%) diagnosticados clínicamente y con signo pivote de sangrado uterino, solo en 14 pacientes (15.7%) se les realizó legrado biopsia hemostático (Cuadro N° 3). La causa más frecuente de patología uterina fueron miomas (76 casos, 60.8%) y se corroboró con diagnóstico histopatológico en 53 pacientes (correlación clínica e histopatológico, en el caso de miomatosis uterina, correspondiendo a 69.7%). En lo que respecta a la patología ovárica, se diagnosticaron clínicamente 36 casos (28.8%), siendo 20 de estos, quistes de ovario; encontrando las mayores diferencias entre el estudio clínico e histopatológico en lo que respecta al embarazo ectópico, siendo un total de 11 casos sospechados por clínica y corroborados en 8 pacientes por estudio histopatológico, lo que nos refleja una acertabilidad diagnóstica de la clínica de 72.2% en embarazo ectópico.

En lo que respecta a la correlación ultrasonográfica e histopatológica, encontramos que el ultrasonido nos mostró que 93 casos

correspondían a útero(74.4%) y 32 (25.6%) a patología ovárica y anexial. Se diagnosticaron 77 casos (61.6%) con miomatosis uterina por ultrasonido, mismas se corroboran en 47 pacientes por estudio histopatológico (61.03%), sin embargo éste último nos reportó que en 20 de las 77 pacientes con miomas por ultrasonido resultaron con miometrio normal. Además, el ultrasonido reporto 11 casos de pacientes con sangrado uterino, como útero normal, sin embargo, histopatológicamente, siete de estos correspondieron a miomatosis uterina y la adenomiosis (Cuadros 5, 6, Gráficas 3, 4, 5 y 6).

Respecto a la patología ovárica (32 casos, 25.6%), la principal impresión diagnóstica errónea del ultrasonido comparada con la histopatológica, se encontró de nuevo en el diagnóstico de embarazo ectópico, donde de un total de 10 pacientes (siete de ellas con diagnóstico de ectópico por USG y tres de ellas con anexos normales) en cinco de los casos el estudio histopatológico nos orientó a otro diagnóstico (un 50% de error diagnóstico por ultrasonido de embarazo ectópico). (Cuadros 5, 6).

El cuadro N° 7 nos muestra que en la patología uterina (89 casos) el diagnóstico clínico e histopatológico coincidió en 63 de estos (70.7%), y en lo que respecta a la patología ovárica (36 casos), la acertabilidad diagnóstica clínica - histopatológica fue de 63.8% (23 casos). Las anteriores cifras mencionadas nos reflejan una correlación separando la

patología uterina y ovárica; de una manera global, la clínica coincidió con el estudio histopatológico en 86 casos (68.8%) y no coincidiendo en los 39 restantes (31.2%).

En el cuadro N° 8 se analiza la correlación ultrasonográfica e histopatológica. En patología uterina (93 casos) el diagnóstico coincidió en 56 pacientes (60.2%) y no coincidió en 37 (39.3%), encontrándose el principal error diagnóstico en lo que respecta a miomatosis uterina. En patología ovárica y anexial (N=32), el diagnóstico coincidió en 17 pacientes (53.1%) y no coincidió en 15 (46.8%); en forma global, el ultrasonido, presentó una correlación diagnóstica correcta con el estudio histopatológico en 58.4% (73 casos de 125), no coincidiendo en 52 pacientes (41.6%)

COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

Fueron un total de 125 pacientes que reunieron los criterios del estudio, encontrando el grueso de casos dentro de la edad de 30 a 49 años (78.4%).

Analizando la relación existente entre el diagnóstico clínico e histopatológico, encontramos que en un total de 86 pacientes (68.8%), el diagnóstico sospechado clínicamente se corroboró por el servicio de patología; el error diagnóstico entre estos dos parámetros fue de 31.2% (39 casos). La literatura mundial y nacional menciona una acertabilidad diagnóstica clínica histopatológica variable; algunos investigadores en México la refieren entre un 66 a 80.2% en patología uterina¹⁴ y de 60 a 80% en la patología ovárica⁶ (nuestros resultados coincidieron con estos autores, 67.5% respectivamente).

La mayor discrepancia se encontró al comparar el diagnóstico ultrasonográfico e histopatológico, donde éste coincidió en un 58.4% (73 casos de 125) y el error diagnóstico fue de 41.6% (no coincidió el diagnóstico en 52 casos); encontrando la mayor dificultad diagnóstica en el caso de miomatosis uterina (de 77 casos por ultrasonido, solo 46

correspondieron a miomatosis por estudio histopatológico, lo que nos refleja una correlación de tan solo 59,7% de diagnóstico acertado en lo que respecta a miomatosis uterina). Es importante mencionar, que los estudios ultrasonográficos fueron realizados tanto en la Institución, donde existen tres radiólogos, y en los servicios particulares. Analizando los datos anteriores, la mayoría de autores^{8,10,16} refieren que la patología ovárica es la que más dificultad para el diagnóstico ultrasonográfico presenta, coincidiendo que la acertabilidad diagnóstica del ultrasonido oscila entre 70 a 90%, dependiendo de la pericia del operador y del tipo de aparato empleado.

Sin embargo observamos que en nuestro estudio, el ultrasonido mostró un error diagnóstico de 41.6% (52 de 125 casos), lo cual resulta preocupante, ya que la credibilidad diagnóstica del ultrasonido en nuestra Institución se reduce a casi la mitad de las pacientes sometidas a dicho procedimiento. Además, Fried¹⁰ en su estudio, refiere que el mayor problema radica en el diagnóstico ultrasonográfico de embarazo ectópico, ya que en un 20% de éstos, no hay datos ultrasonográficos que orienten al mismo. Tomando en cuenta estos datos estadísticos, es importante mencionar que en 10 de los casos de embarazo ectópico encontrados, en cinco de ellos no existió una correlación diagnóstica entre el ultrasonido y el estudio histopatológico (error diagnóstico en el 50% de los casos de embarazo ectópico).

Debemos mencionar que no todos los estudios ultrasonográficos se realizaron en la Institución, siendo un total de 106 (84.8%) realizados por radiólogos locales (son tres médicos distintos), y en 19 de los casos, presentaron ultrasonidos foráneos (servicios particulares). Sin embargo, de los 106 USG (Ultrasonido) locales, el diagnóstico no coincidió en un total de 51 pacientes (48%) y los foráneos en 5 de los casos (26.3%).

CONCLUSIONES

El presente estudio es una muestra real de que el clínico poco a poco se está alejando del empleo de la exploración clínica para el diagnóstico presuntivo de masa pélvica, dándole una mayor importancia al ultrasonido para la toma de decisiones quirúrgicas. Muestra de esto, lo vemos al comparar el diagnóstico ultrasonográfico con el histopatológico, principalmente en lo que respecta a miomatosis uterina y embarazo ectópico, donde el ultrasonido, de 77 pacientes con útero miomatoso, coincidió con el estudio patológico en 46 casos; en 10 pacientes con embarazo ectópico, la falla ultrasonográfica fue del 50% (cabe señalar que en tres de estas pacientes el USG reportó anexos normales). El embarazo ectópico se diagnóstico más acertadamente por clínica (8 de 11 casos) que por USG. Lo anterior es un llamado de atención para el clínico, teniendo éste que retomar a la exploración clínica como el principal medio diagnóstico de masa pélvica y dejar al ultrasonido como una valiosa herramienta auxiliar en el diagnóstico de las mismas, brindando información que complementará la impresión ofrecida por la clínica.

Debemos hacer un uso más racional del ultrasonido en el estudio de tumoración pélvica (mismo que identifica las características morfológicas de la masa) y no someter a la paciente a un riesgo quirúrgico basados únicamente en el ultrasonido, ya que en éste estudio realizado,

10 pacientes que la clínica nos orientó a un útero normal, y que no presentaban sangrado anemizante, se sometieron a histerectomía abdominal basados en el diagnóstico ultrasonográfico previo.

Para finalizar, se concluye que la exploración clínica ginecológica adecuada supera en un 10 % al ultrasonido pélvico en el diagnóstico de masa pélvica en nuestra Institución; la estadística mundial y nacional nos muestra que la correlación clínica histopatológica encontrada (67.5%) está dentro de los valores de referencia mundial (ya mencionados); en cambio, el ultrasonido correlacionado con el estudio histopatológico mostró valores por debajo de la mencionada en la literatura mundial.

SUGERENCIAS

Realizar una exploración clínica exhaustiva en toda paciente que sospechemos de masa pélvica e integrar un diagnóstico clínico presuntivo.

Auxiliarnos del ultrasonido pélvico para la descripción de las características morfológicas de la tumoración, mismas que brindarán una expectativa diagnóstica más amplia, más no permitir que el ultrasonido sustituya un examen pélvico cuidadoso.

En caso de que el ultrasonido no brinde datos concluyentes, no debemos brindar una conducta expectantemente prolongada.

Brindar al médico radiólogo una mayor información de la paciente qué se someterá a estudio ultrasonográfico, para así ,éste tenga ya una orientación diagnóstica.

En caso de sospechar patología ovárica, solicitar marcadores tumores, si el caso lo amerita (si el estudio ultrasonográfico revela masa ovárica en la paciente posmenopáusica, y además presenta niveles séricos de Ca 125- mayor de 35 U/ml - aumenta la posibilidad diagnóstica de patología maligna hasta en un 90%)⁹.

CUADROS

Y

GRÁFICAS

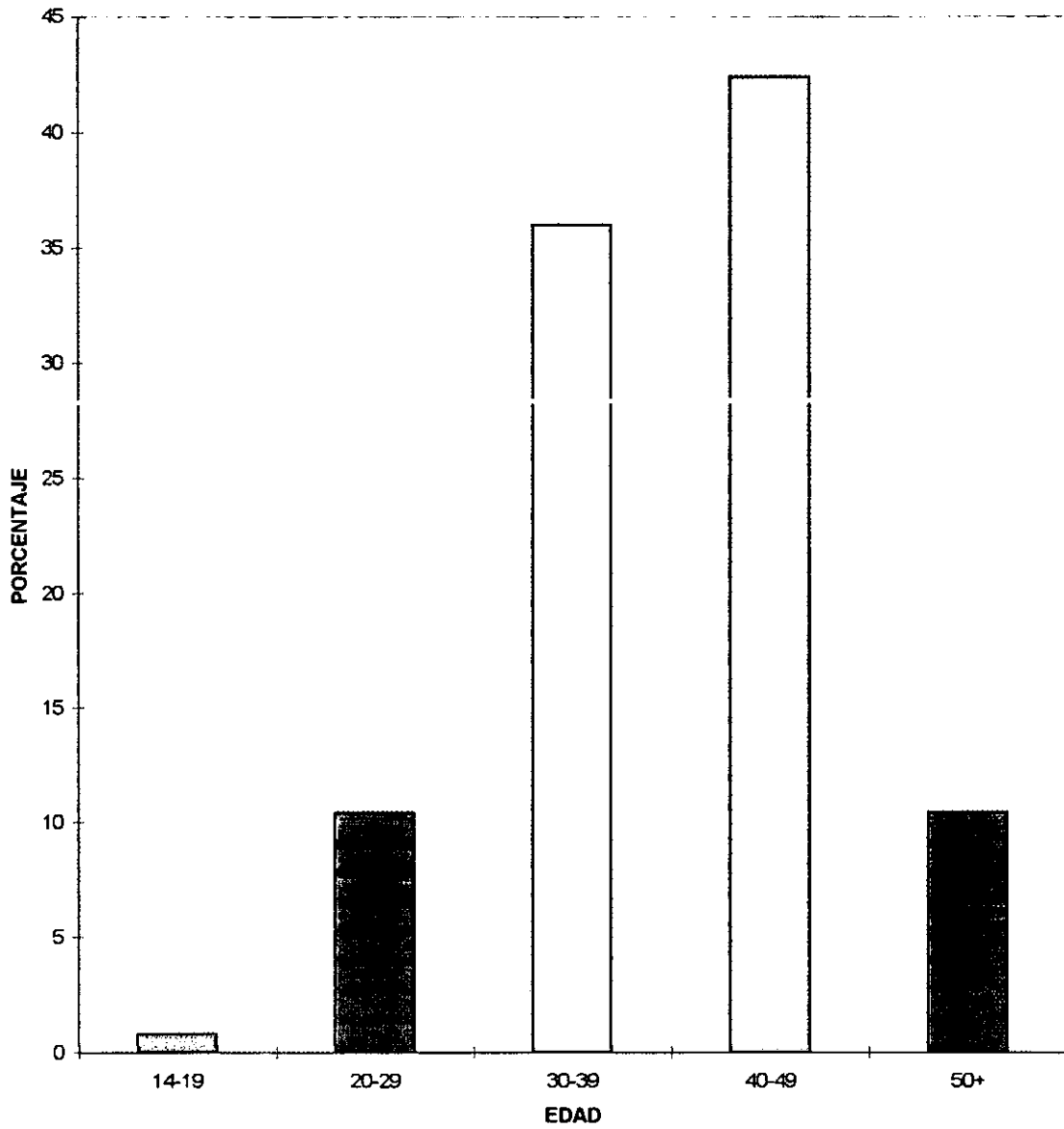
CUADRO N° 01

CORRELACIÓN CLÍNICA Y POR ULTRASONIDO
DE 125 CASOS DE MASA PÉLVICA
SEGÚN EDAD

EDAD (AÑOS)	CASOS	%
14 - 19	01	0.8
20 - 29	13	10.4
30 - 39	45	36
40 - 49	53	42.4
+ 50	13	10.4
TOTAL	125	100%

FUENTE:
ARCHIVO CLÍNICO Y DE PATOLOGÍA.
H.I.E.S

GRAFICA 1.
CORRELACION CLINICA Y POR ULTRASONIDO DE 125 CASOS DE
MASA PELVICA. SEGUN EDAD.



CUADRO N° 02

CORRELACIÓN CLÍNICA, ULTRASONOGRÁFICA E
HISTOPATOLÓGICA DE MASAS PÉLVICAS.

TIPO DE CIRUGÍA

TIPO DE CIRUGÍA	CASOS	%
PROGRAMADA	115	92
URGENTE	10*	08

TOTAL

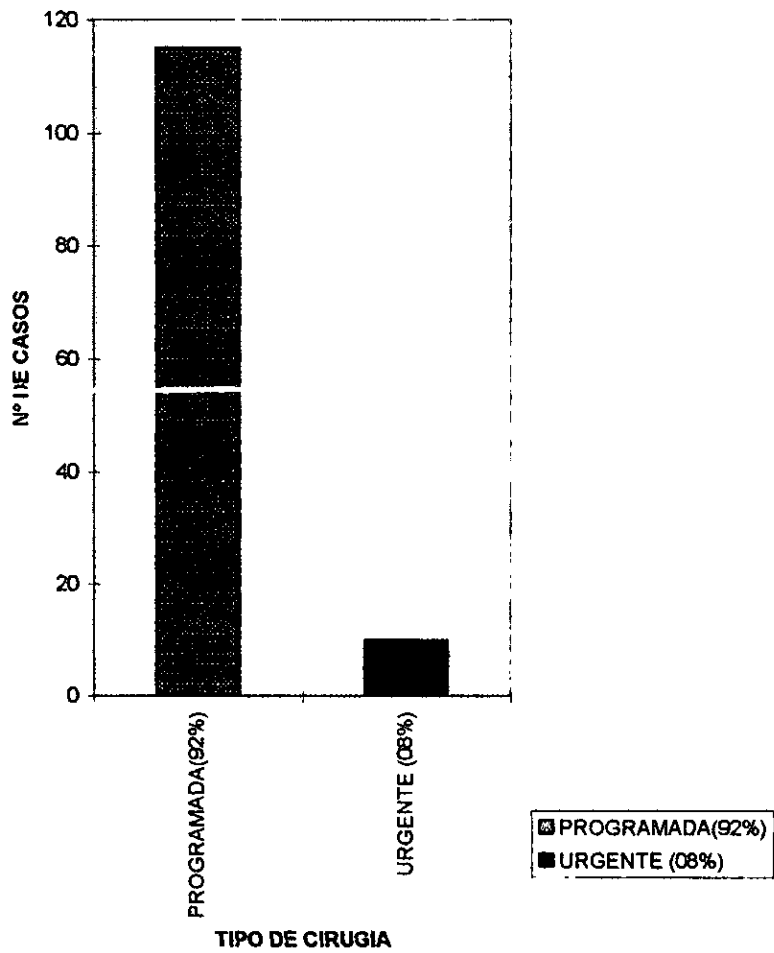
125

100%

*PATOLOGÍA OVÁRICA

FUENTE:
ARCHIVO CLÍNICO Y DE PATOLOGÍA.
H.I.E.S

GRAFICA 2.
CORRELACION CLINICA, ULTRASONOGRAFICA E
HISTOPATOLOGICA DE MASAS PELVICAS. TIPO
DE CIRUGIA.



CUADRO N° 03

REALIZACIÓN DE LEGRADO BIOPSIA HEMOSTÁTICO
EN 91 CASOS DE PATOLOGÍA UTERINA

N° DE CASOS	%
14	15.3 %

FUENTE:
ARCHIVO CLÍNICO Y DE PATOLOGÍA
H.I.E.S

CUADRO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN DIAGNOSTICO

CLÍNICO

DIAGNOSTICO	NUMERO CASOS	%
Miomatosis Uterina	76	60.8%
Útero normal	09	7.2%
Hiperplasia endometrial	02	1.6%
Ca endometrio	02	1.6%
Quiste ovario	21	16.8%
Cáncer de ovario	02	1.6%
Embarazo ectópico	11	8.8%
Endometriosis	02	1.6%
TOTAL	125	100%

FUENTE:
ARCHIVO CLÍNICO Y DE PATOLOGÍA
H.I.E.S

CUADRO N° 5

DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN DIAGNOSTICO
ULTRASONOGRAFICO

PATOLOGÍA	NUMERO DE CASOS	%
MIOMATOSIS UTERINA	77	61.6%
ÚTERO NORMAL	12	9.6%
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	02	1.6%
CÁNCER ENDOMETRIO	02	1.6%
QUISTE OVARIO	18	14.4%
CÁNCER DE OVARIO	03	2.4%
EMBARAZO ECTOPICO	07	5.6%
OVARIO NORMAL	04	3.2%

TOTAL

125

100%

FUENTE :
ARCHIVO CLÍNICO Y DE PATOLOGÍA
H.I.E.S.

CUADRO N° 07

CORRELACIÓN DIAGNOSTICO CLÍNICO--HISTOPATOLÓGICO

ÚTERO N= 89

	CASOS	%
COINCIDIÓ	63	70.7%
NO COINCIDIÓ	16	29.3%

OVARIO N=36

COINCIDIÓ	23	63.8%
NO COINCIDIÓ	13	36.11%

GLOBAL N=125

COINCIDIÓ	86	68.8%
NO COINCIDIÓ	39	31.2%

CUADRO N° 08

CORRELACIÓN DIAGNOSTICO ULTRASONOGRÁFICO--
HISTOPATOLÓGICO

ÚTERO N=93

	CASOS	%
COINCIDIÓ	56	60.2%
NO COINCIDIÓ	37	39.7%

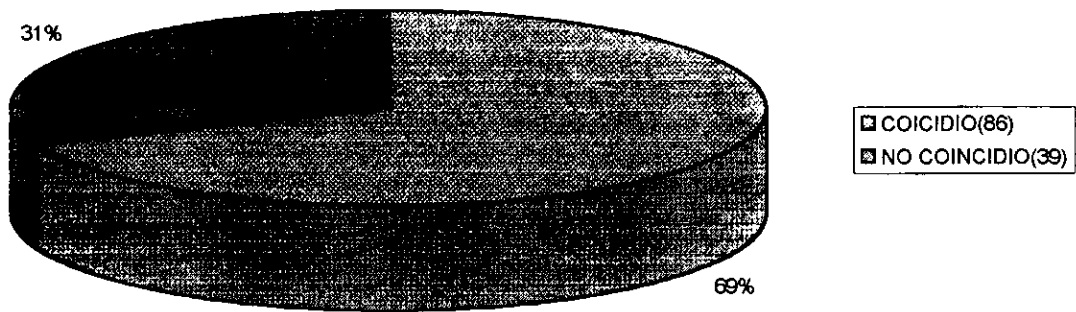
OVARIO Y ANEXOS N=32

COINCIDIÓ	17	53.1%
NO COINCIDIÓ	15	46.8%

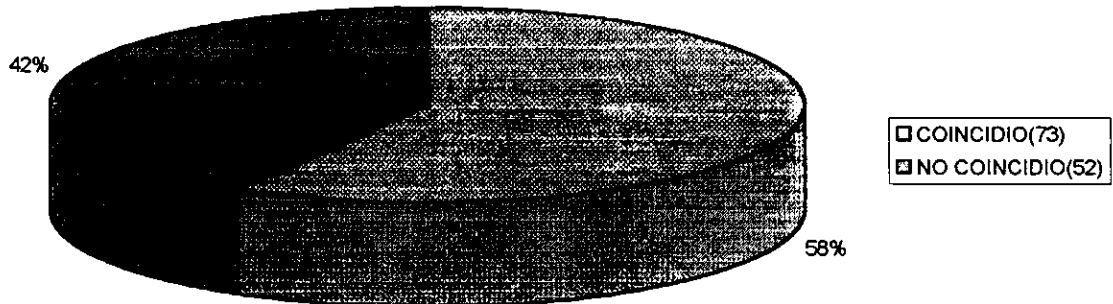
GLOBAL N=125

COINCIDIÓ	73	58.4%
NO COINCIDIÓ	52	41.6%

GRAFICA 3.
CORRELACION DIAGNOSTICO CLINICO-HISTOPATOLOGICO N=125

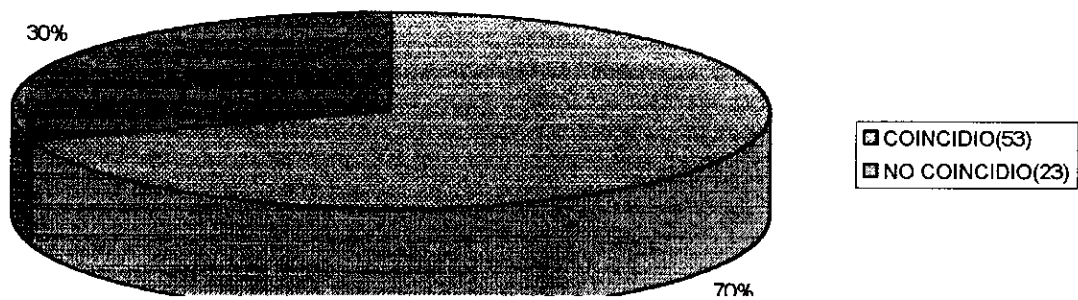


GRAFICA 4.
CORRELACION
DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO-HISTOPATOLOGICO N=125



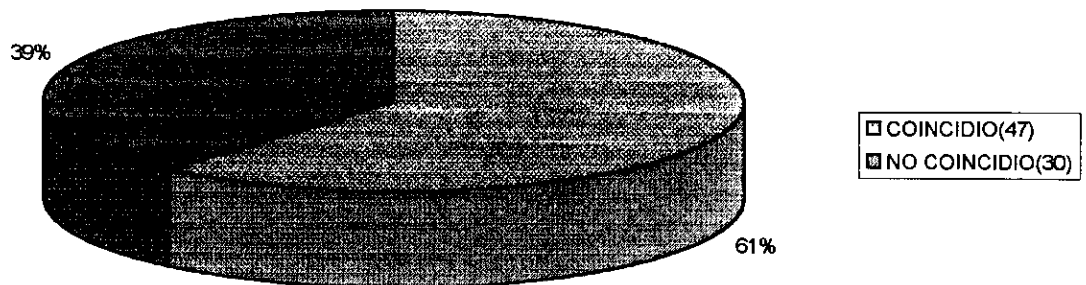
GRAFICA 5.
CORRELACION DIAGNOSTICO CLINICO HISTOPATOLOGICO.
N=76

MIOMATOSIS

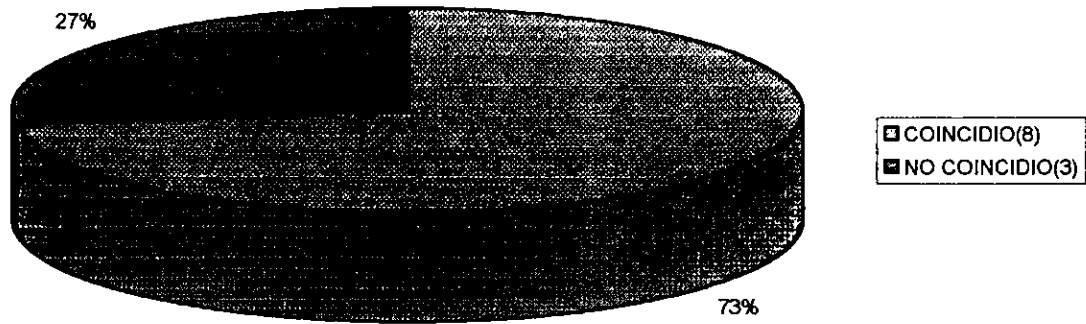


GRAFICA 6.
CORRELACION ULTRASONOGRAFICO HISTOPATOLOGICO.
N=77

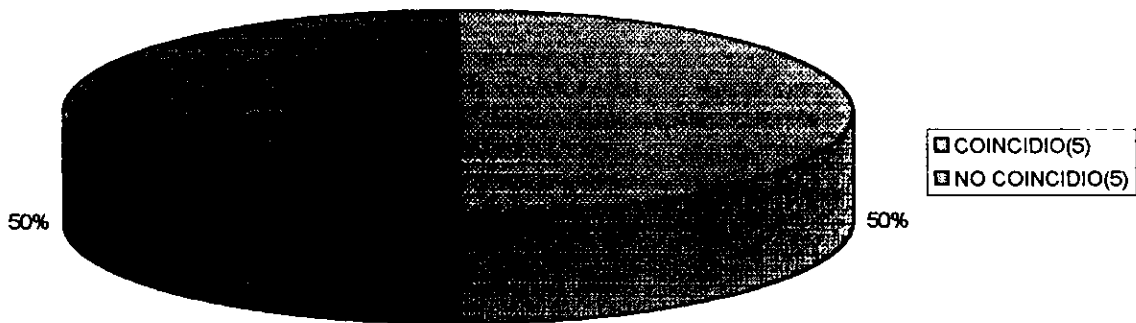
MIOMATOSIS



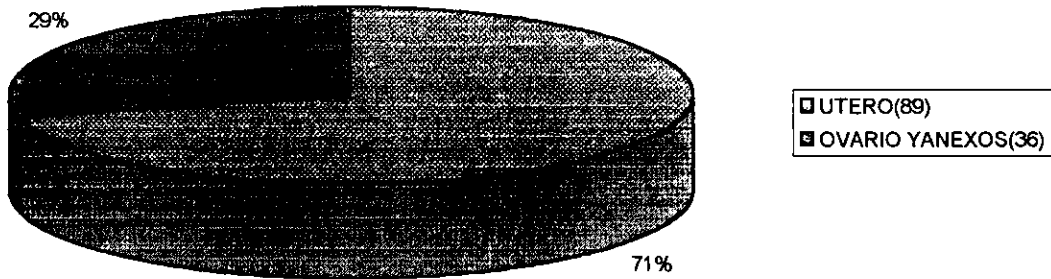
GRAFICA 5A.
CORRELACION DIAGNOSTICO CLINICO-HISTOPATOLOGICO.
EMBARAZO ECTOPICO. N=11.



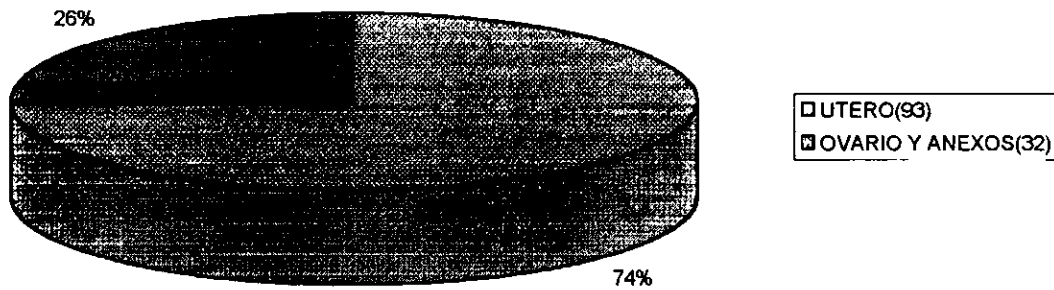
GRAFICA 6A.
CORRELACION DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO-
HISTOPATOLOGICO.
EMBARAZO ECTOPICO. N=10.



GRAFICA 7.
CORRELACION DIAGNOSTICO CLINICO-HISTOPATOLOGICO DE
MASA PELVICA.
ORIGEN.



GRAFICA 8.
CORRELACION DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO DE MASA
PELVICA. N=125.
ORIGEN.



CORRELACIÓN CLÍNICA, ULTRASONOGRÁFICA E
HISTOPATOLÓGICA DE MASA PÉLVICA

REALIZACIÓN DE ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO

ULTRASONIDO	NÚMERO	%	ERROR DIAGNÓSTICO (%)
LOCAL	106	84.8	48
FORANEO	19	15.2	26.3

FUENTE:
ARCHIVO CLÍNICO Y DE PATOLOGÍA.
H.I.E.S

BIBLIOGRAFÍA

1.- Méndez VF, Salazar LR, Espinoza AJ. Evaluación clínica y ultrasonográfica de masas pélvicas. *Rev Sanid Militar Mex*, 1986; 40(2) : 71:72 .

2.- Rosales EG. Correlación clínica-ultrasonográfica e histopatológica en Ginecología. *Ginec Obst Mex*, 1985; 53: 523.

3.- Ramos AA, Rosales AE. Correlación de la ecosonografía con el diagnóstico clínico e histopatológico en Ginecología. *Ginec Obst Mex*, 1988; 56: 61-64.

4.- Karchmer KS. Diagnóstico ecosonográfico de las tumoraciones en Ginecología. *Ginec Obst Mex*, 1981; 49: 123.

5.- Stoopen ME, Reynes CJ. *Ultrasonido en Obstetricia*. Edit. Interamericana, primera edición, 1992, Mex D.F.. : Pag. 2 - 12.

6.- Reeves RD, Drake DS. Ultrasonographics versus clinical evaluation of a Pelvic Mass. *Obstet Gynecol*, May 1980; 55: 551- 554.

7.- Voss SC, Lacey CG, Pupkin M. Ultrasound and Pelvis Mass. *J Reprod Med*, Dec 1983; 28: 833- 837.

8.- *Magner BJ, Buck JL, Seidman JD, McCabe KM. Ovarian Epithelial Neoplasm: Radiologic-Pathologic correlation. Radiographic, 1994; 14: 1351 - 1374.*

9.- *Lilford RJ, Kukarl RF, Coetzee EJ. The use of Ultrasound in the diagnosis of Pelvic Mass. S Afr Med J, Jul 1979; 56: 27-31.*

10.- *Fried MA, Kenner MC, Stiges BK. Benign Pelvic Masses: Sonographics Spectrum. Radiographic, 1996; 16: 321 - 323.*

11.- *Benacerraf B, Finkley N. Sonographic accuracy in the diagnosis of ovarian masses. J Reprod Med, 1990; 35: 491 - 495.*

12.- *Herrmann V, Locher G. Sonographic patterns of ovarian tumors: Prediction of malignancy, Obstet Gynecol, 1987; 69: 777- 781.*

13.- *Huengsberg M, McDonald LM. The use of pelvic ultrasound in female patients attendies a GUM clinic. Obstet Gynecol, 1986; 7: 190 - 193.*

14.- *Guerra GA, Cuenca PH, Herrera ST. Valor diagnóstico del ultrasonido en miomatosis uterina. Ginec Obst Mex, 1991; 59: 279 - 282.*

15.- *Matingly RF, Thompson JD: Te Linde's Operative Gynecology. Sexta edición, Philadelphia JB Lippincoty Company, 1985 : 203 - 210.*

16.- *Cochrane WJ, Ultrasound Diagnosis of Gynecology Pelvic Mass. Radiology, 1992; 110: 649.*

17.- *Shor PV, Vera HA, Lòpez GR. Diagnóstico ecosonográfico de las tumoraciones en Ginecología. Ginec Obst Mex 1991; 49: 123 - 130.*

18.- *Kobayashi . Tumor de ovario. En Atlas de Ultrasonografía en Ginecología y Obstetricia; Tercera edición, Edit. Panamericana, Buenos Aires ,Arg. 1985: Pag 10 - 130.*

19.- *Schutter EM, Kenemans P. Sohn C. Diagnosis Value of Pelvic Examination, Ultrasound, and serum Ca 125 in Postmenopausal Women with a Pelvic Mass. Cancer, 1994, 7/4: 1398 - 1414.*