



11226  
11  
20  
**Universidad Nacional Autónoma  
de México**

**FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**CLINICA ISSSTE URUAPAN**

HISTERECTOMIA, INCIDENCIA Y CORRELACION  
CLINICO-PATOLOGICA EN EL PERIODO 94-95,  
EN LA CLINICA URUAPAN.

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA  
OBTENER EL DIPLOMA DE:**

**Especialista en Medicina Familiar**

**PRESENTA:**

**Dra. Berta Alicia Calderón Hernández**

**URUAPAN, MICH.  
TESIS CON**

**FALLA DE CUBIEN**

**FEBRERO DE 1999**

271550



**ISSSTE**



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).

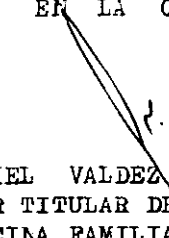
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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


TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

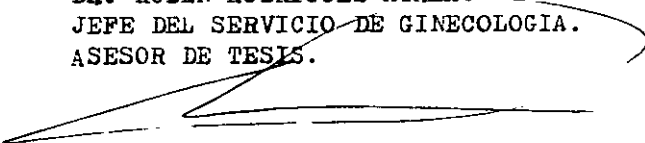
P R E S E N T A

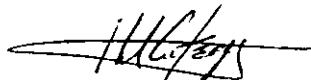
DRA. BERTA ALICIA CALDERON HERNANDEZ

HISTERECTOMIA, INCIDENCIA Y CORRELACION  
CLINICO- PATOLOGICA EN EL PERIODO 94-95  
EN LA CLINICA URUAPAN.

  
DR. DANIEL VALDEZ CASTELLANOS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES  
EN LA CLINICA ISSSTE URUAPAN.

  
DR. RUBEN RODRIGUEZ AYALA.  
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA.  
ASESOR DE TESIS.

  
DR. PEDRO DORANTES BARRIOS.  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
ASESOR DE TESIS DE LA UNAM.

  
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

URUAPAN, MICH

FEBRERO DE 1996.

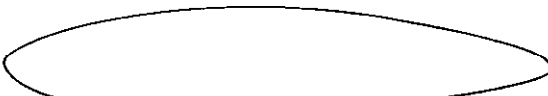
HISTERECTOMIA, INCIDENCIA Y CORRELACION  
CLINICO- PATOLOGICA EN EL PERIODO 94-95,  
EN LA CLINICA URUAPAN.

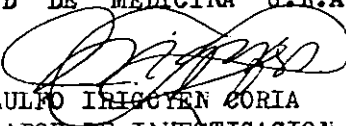
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

P R E S E N T A

DRA. BERTA ALICIA CALDERON HERNANDEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

  
~~DR. MIGUEL ANGEL PEREZ ORTEGA~~  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

  
DR. ARNULFO IRIGUIEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

  
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE LICENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

I.S.S.S.T.E.  
CLINICA HOSPITAL URUAPAN

MAR. 1 1999

JEFATURA DE ENSEÑANZA E  
INVESTIGACION

HISTERECTOMIA, INCIDENCIA Y CORRELACION  
CLINICO-PATOLOGICA EN EL PERIODO 94-95,  
EN LA CLINICA URUAPAN.

A la memoria de mi padre Luis,  
A mi madre Alicia, a mis her\_  
manos., A todos mis sobrinos  
por su apoyo y cariño.

A mi esposo José Luis, a mis  
hijos Luis Fernando e Israel  
por su paciencia y compren\_  
sión por el tiempo que en o\_  
casiones no les dedique.

A todos los médicos y com\_  
pañeros amigos de la espe\_  
cialidad.

## INDICE

INTRODUCCION.....	1-2
MARCO TEORICO.....	3-13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
JUSTIFICACION.....	15
OBJETIVOS.....	16
HIPOTESIS.....	17
METODOLOGIA.....	18-19
RESULTADOS.....	20-31
DISCUSION.....	32
CONCLUSIONES.....	33-34
BIBLIOGRAFIA.....	35-37
ANEXOS.	

## INTRODUCCION

La histerectomía es la cirugía ginecológica mayor efectuada más frecuentemente, ya sea por vía abdominal o vaginal.

Cada una tiene sus indicaciones y contraindicaciones, y deploramos una insistencia rígida en pro de una o de otra, prefiriendo individualizar según los datos de cada caso. (1)

Desde los albores de las ciencias médicas, el hombre ha demostrado interés por los cambios que se presentan en la mujer, siempre relacionándolos con sus órganos sexuales femeninos, en especial las mamas y el útero por lo que la histerectomía se relaciona con problemas emocionales específicos. (2)

Los médicos suelen manejar directamente las situaciones anatómicas, fisiológicas y patológicas que justifican la extirpación del útero y se detienen poco a considerar su valor inconsciente o simbólico que éste tiene para la paciente y esto se debe tener en cuenta antes de efectuar una histerectomía. Un significado simbólico del útero esta relacionado con la menstruación, cuando una mujer tiene su primera menstruación, siente que se ha convertido en mujer, se considera un símbolo de feminidad y su presencia lo confirma; algunas sienten que la menstruación es una higiene cíclica y que durante el mes, se acumulan venenos en el cuerpo y producen mal humor, edema, tensión premenstrual, irritabilidad y con el inicio del flujo menstrual, estas sensaciones emocionales y físicas desaparecen. Otras utilizan el ritmo cíclico menstrual como un medio de cronometrar y ordenar sus vidas y la pérdida de este ritmo, deja en ellas un sentimiento de vacío. (2)

Para muchas mujeres el útero tiene importancia simbólica como órgano sexual y si la paciente cree que el útero es esencial para la respuesta sexual, entonces el útero adquiere ese significado y puede disfuncionar sexualmente



cuando son sometidas a histerectomía. También pueden creer que el útero esta estrechamente ligado al atractivo físico y sexual y al ser deseada sexualmente, por lo que su extirpación constituye una destrucción de su identidad y de su función como mujer. La presencia del útero para la mayoría de las mujeres, significa integridad y plenitud y su exeresis les deja un vacío. (2)

La histerectomía es una intervención que en algunos lugares, ha adquirido reputación triste, quizá a una pequeña minoría de cirujanos que parecen inclinados a creer que la extirpación del útero sería panacea para todas las molestias que pudieran afectar a las mujeres. (1)

Para muchas mujeres la histerectomía a veces se considera algo peor que la decapitación. (1)

Por lo tanto es importante por ende, conocer y analizar bien su indicación precisa y bien justificada de la histerectomía. (3)

## MARCO TEORICO

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes. Un informe constructivo, pero crítico, de D'Esopo indica que la mayor parte de las histerectomías practicas por especialistas están justificadas, aún cuando el útero no muestre pruebas de alteración (como en el caso de prolapso, hemorragia recurrente, etc.) (1)

El útero es el órgano que recibe el óvulo fecundado, lo aloja formándole un nido y lo nutre y protege durante su desarrollo, hasta que, al fin expulsa al feto al término. Aunque en el esquema general del aparato generador parezca ocupar un lugar secundario, comparado con el ovario, son notabilísimas sus aptitudes y sus funciones: es el único órgano capaz de aumentar enormemente su volumen para adaptarlo al crecimiento progresivo del nuevo ser; no menos impresionante es su aptitud para recuperar, después del parto, su tamaño primitivo; y posee, además, un revestimiento mucoso, el endometrio, dotado de la curiosa propiedad de desintegrarse y renovarse, periódicamente durante treinta años. (4)

Pero tan sorprendente como estos fenómenos en sí es el hecho de que, a través de la historia de la humanidad, durante centenares de años, sólo en estas últimas décadas ha descubierto la ciencia los factores que promueven y rigen estas funciones y el íntimo y fisiológico engranaje con que despliegan su acción. Y estas admirables revelaciones, arrancadas recientemente a lo desconocido, abren amplios cauces a nuevas investigaciones clínicas y experimentales que enriquecen a diario la Medicina Moderna con importantes descubrimientos. (4)

## ANATOMIA DEL UTERO

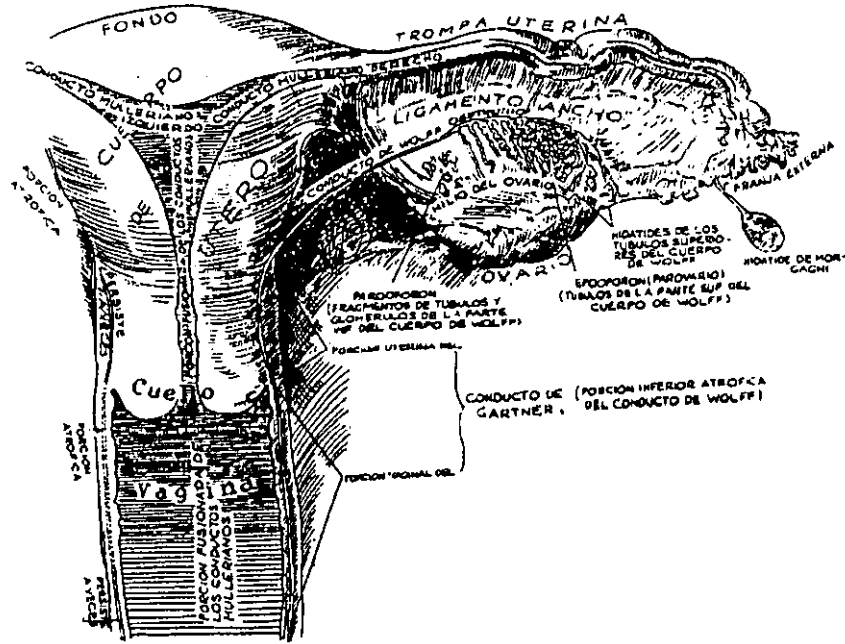


Fig.- Organos genitales adultos, que muestran el parovario, el conducto de Gaertner y otros diversos tejidos. (Kelly según Cullen, *Operative Gynecology*, D. Appleton Century Company.)

## ANATOMIA

El útero está situado poco más o menos en el centro de la excavación pélvica, entre la vejiga y el recto. (5)

El útero tiene la forma de una pera, con una porción dilatada, el cuerpo, cuya parte superior es el cuerpo del útero, y una parte inferior cilíndrica que se abre en la vagina, la cérvix o cuello uterino. La cérvix hace prominencia en la vagina. (6)

Es un órgano único. impar y medio. Anormalmente puede faltar y también ser doble, por término medio en la nulípara mide 6 o 7 cms de largo por 4 de ancho; en la múltipara 7 u 8 cms de largo por 4 de ancho. Su peso de 40 a 50 grs. aprox. En la nulípara y de 60 a 70 grs. en la múltipara.

El útero está sostenido en su posición por seis ligamentos tres a cada lado: ligamentos anchos, redondos y uterosacros. (5)

### Histofisiología

La pared del útero es relativamente gruesa y está constituida por 3 tunicas, que de afuera hacia adentro son: serosa (tejido conjuntivo y mesotelio) o adventicia (tejido conjuntivo), según la región del órgano considerada; muscular o miometrio (tejido muscular liso, y mucosa que recibe los nombres de endometrio o endocérvix según corresponda al cuerpo o cuello. (6)

Ciclo Endometrial.- Acompañando a la producción cíclica de estrógenos y progesterona por el ovario, se produce un ciclo endometrial que pasa por las siguientes etapas: primera, proliferación de endometrio o fase proliferativa que

coincide con el desarrollo de los folículos ováricos y con la producción de estrógenos, siendo llamada también fase estrogénica. La segunda: la fase secretoria, esta fase se inicia después de la ovulación y depende de la formación del cuerpo amarillo que secreta progesterona. La fase secretora se denomina también progestacional, y la tercera, descamación del endometrio que se conoce como menstruación (6,7)

De acuerdo a las causas más frecuentes de histerectomías haremos una breve reseña general de dichas patologías.

### MIOMA UTERINO

El tumor uterino más común es el mioma. Se estima que el 20% de la totalidad de las mujeres que rebasan los 35 años presentan estos miomas, aunque por lo general, lo hacen sin síntomas. La frecuencia de mioma es mucho mayor en la raza negra que en la blanca. (8,9)

Los tumores pueden localizarse en el cuello, istmo, o en el cuerpo uterino, siendo estos últimos la modalidad más frecuente y es la que no plantea dificultades técnico-quirúrgicas. En cambio los miomas istmico-cervicales que alcanzan gran tamaño quedan impactados en la cavidad pélvica, con dificultades técnicas para ser extirpados, ya que implica un cuidado minucioso del aparato urinario, digestivo bajo y vascular lo que puede aumentar la morbilidad del procedimiento quirúrgico. (10, 11)

En cuanto a la sintomatología se puede considerar que las alteraciones menstruales ocupan un lugar preponderante seguidas de otro tipo de manifestaciones como presión y pesadez pélvica, polaquiuria, dolor pélvico crónico, crecimiento abdominal, trabajo de parto pretérmino, abortos del primer y segundo trimestre e infertilidad. (12)

El medio diagnóstico por medio del Ultrasonido se confirma aprox. en el 80% de los casos. (13)

El tratamiento puede ser expectante con exámenes periódicos, cuando la función menstrual cesa. el mioma raramente causa dificultad y muchas veces involuciona. Así pues, en la mujer inmediatamente premenopáusica todo el tratamiento puede limitarse a simple observación cuando se trata de miomas ligeramente sintomáticos. Sin embargo no podemos permitir que un mioma, aunque sea asintomático crezca mucho y resulta inevitable la histerectomía. (8)

La Radioterapia sólo se utiliza en pacientes de mal pronóstico. La miomectomía halla su mayor aplicación en la extirpación de tumores en los casos en que tiene capital importancia conservar la capacidad reproductora. La histerectomía total se efectúa en el 95% de los casos. (8)

## ADENOMIOSIS Y ENDOMETRIOSIS

La adenomiosis uterina se caracteriza histológicamente por la inversión benigna de la musculatura uterina por el endometrio, única capa que normalmente recubre la cavidad uterina. Entre la adenomiosis y la endometriosis pélvica se encuentran muchos puntos de contacto, aunque esta última afecta en forma característica mujeres de 40 o más años, que han tenido hijos, y la endometriosis a pacientes más jóvenes y estériles (8, 14)

Los caracteres clínicos principales de la adenomiosis son la menorragia y la dismenorrea, generalmente de intensidad cada vez mayor con la edad y los partos. En la endometriosis dolor – pélvico, trastornos menstruales, dispareunia, dismenorrea, estreñimiento y dolor al defecar. (8)

El diagnóstico aun cuando no se establece hasta después de realizado el examen anatomopatológico, existe un grupo de casos en los cuales es posible establecer clínicamente un diagnóstico, de presunción bastante seguro.

El tratamiento más adecuado es el quirúrgico, siendo la histerectomía. (8)

La frecuencia de adenomiosis es del 30%, en un estudio practicado se encontró adenomiosis asociada con miomatosis uterina en el 60% de los casos. (16)

Se concluye sobre la necesidad de contar con una clasificación anatomopatológica objetiva que permita en el futuro efectuar con más veracidad correlaciones anatomoclínicas, emitir pronóstico, establecer tratamiento así como utilizar más frecuentemente los procedimientos diagnósticos actuales y considerar en ciertos casos manejo conservador especialmente en pacientes estériles. (17)

## HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO

El proceso denominado hiperplasia del endometrio en un tiempo se consideraba estrechamente ligado con el síndrome de hemorragia uterina funcional, pero esta asociación dista de ser obligada. Aunque ésta representa la causa principal de las hemorragias funcionales. En la mujer pormenopáusica, la hiperplasia generalmente se debe a tratamiento hormonal, cuando no existe antecedente de esto, parece deberse a una fuente ovárica o suprarrenal.

La excesiva y persistente estimulación estrógena unida a la ausencia de progesterona, es lo que produce la imagen histológica que caracteriza la hiperplasia los años menstruales. Esto implica su asociación con el ciclo de tipo anovulatorio. (8)

Cursa frecuentemente con metrorragias y ocurre casi siempre en mujeres multiparas. (15)

En un estudio realizado sobre 57 casos de hiperplasia endometrial, se analizó su reversibilidad con tratamiento médico. Fueron tratadas con acetato de medroxiprogesterona (habitualmente 10 a 15 mg/día durante 21 días del mes, durante un lapso mínimo de tres meses). Las pacientes eran anovulantes crónicas en el 59.6% o bien climatéricas 40.4%. Sólo 2 casos no respondieron a tratamiento médico, requiriendo histerectomía. (11)

En la hiperplasia recurrente se sugiere que la histerectomía sería una buena profilaxia contra la aparición de carcinoma de endometrio. (8)

Se concluye proponiendo un protocolo combinado médico-quirúrgico para el tratamiento y seguimiento de las pacientes con riesgo de hiperplasia endometrial. (16)

De los tumores benignos del miometrio el más frecuente es el Leiomioma que se observa sobre todo en el cuarto y quinto decenios de la vida. Rara vez el leiomioma puede transformarse en leimiosarcoma. Se clasifican en:

Submucosos.- Causan pérdida sanguínea por ulceración del endometrio.

Intramurales.- Producen aumento de volumen del órgano.

Subserosos.- Aumento de tamaño con deformación del útero y comprimen órganos vecinos o se adhieren a ellos. (15)

En el análisis retrospectivo de histerectomías en 200 pacientes histerectomizadas, el estudio anatomopatológico predominante fue Leiomiomatosis Uterina. (16)



## CERVICITIS CRONICA

Esta afección es quizá la más común de todas las lesiones ginecológicas y la causa más frecuente de leucorrea. (8)

Es la inflamación crónica de los tejidos del cuello uterino que suele principiar en la membrana mucosa de revestimiento, pero que en estado crónico se ha propagado ya a los tejidos profundos contiguos. La alteración de la acidez fisiológica del medio vaginal, es otro factor etiológico importante. Los estudios de Roblee demuestran que el pH vaginal defectuoso influye más que la antigua infección, en la cronicidad y extensión de la cervicitis lo cual debe considerarse atentamente al instituir el tratamiento. (4)

La infección más común es la causada por herpes simple; existen dos tipos de virus el I y el II; éste último es más frecuente y se encuentra asociado con el cáncer cervicouterino. (17)

La asociación entre infección cervical por VIH y NIC está bien establecida, por lo que la erradicación del condiloma cervical disminuirá la incidencia de neoplasia intraepitelial. (18)

Los síntomas.- En ocasiones el único síntoma es la leucorrea persistente, puede haber hemorragia post-coito cuando el cuello es asiento de una erosión o ectropión, y como síntoma es posible que se presente dispareunia y malestar de abdomen inferior. (8)

El diagnóstico se hace mediante citología, colposcopia y biopsia. (8,15)

El tratamiento más utilizado actualmente es la crioterapia, crioterapia + 5-FU, ácido tricloroacético. (8,18,19)

## ATIPIA, DISPLASIA, CARCINOMA IN SITU, y CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASOR.

La atipia y la displasia incluyen procesos con relaciones atípicas regenerativas, defensivas y epiteliales neoplásicas. La displasia suele considerarse la lesión más grave, colindando con carcinoma in situ. Uno de los caracteres más valiosos, con buena correlación con la conducta biológica en la zona crítica entre la displasia grave y el carcinoma in situ, es la facultad de las células de madurar en forma ordenada a lo largo de todas las capas del epitelio. (8)

El problema del carcinoma in situ es de gran trascendencia especialmente si se piensa que es el antecedente obligado de todos los carcinomas invasores y que el tratamiento adecuado cura a casi todos los pacientes. (20)

La citología es una de las principales armas con las que se cuenta para la retención y el diagnóstico de éste cáncer, que por lo general es asintomático. (20)

En el carcinoma invasor se realiza como cervical e histerectomía. (20)

## HISTERECTOMIA ABDOMINAL

La histerectomía abdominal significa extirpar todo el útero y el cuello uterino por una incisión abdominal.

Las indicaciones para histerectomía abdominal pueden clasificarse en dos grandes grupos; a saber: enfermedad benigna y maligna que afecta los órganos pélvicos.

Las enfermedades benignas incluyen padecimientos inflamatorios, tumores y endometriosis. La infección que exige histerectomía guarda relación en la mayor parte de los casos con los anexos, aunque de cuando en cuando hay abscesos uterinos y pélvicos que exigen extirpar el tejido enfermo. Cuando hay esta clase de infección, no hay forma de conservar el útero. La endometriosis es otra enfermedad que afecta los órganos pélvicos y puede exigir histerectomía. (9)

La otra enfermedad que motiva histerectomía abdominal consiste en los tumores benignos llamados fibromas.

Las enfermedades malignas del cuello uterino, trompas de Falopio y ovarios también son indicación para histerectomía abdominal. El cáncer cervical invasor puede ser susceptible para la histerectomía radical. (9)

Howkins y Williams indican que la mortalidad por histerectomía total es de 8.2%; en algunas áreas la frecuencia es mayor para el procedimiento subtotal. (8,9)

El funcionamiento sexual antes de la cirugía es un factor importante más. El funcionamiento sexual de la pareja, el sostén socioemocional, la capacidad psicológica, el estado hormonal y la adaptación a las consecuencias de la histerectomía son otros factores que influyen en la sexualidad.

Las preguntas que prevalecen de disfunción sexual después de la cirugía del piso pélvico. En un estudio de 66 pacientes encuestadas, 10 pacientes desarrollaron dispareunia que no la presentaban antes de la cirugía; libido disminuida notable en 16 pacientes de 54 (29%), lubricación reducida en 21 pacientes (39%), sensación genital reducida en 10 pacientes (18%). La carencia de información acerca de los afectos potenciales de la cirugía en función sexual, identificados como un mayor déficit concernientemente considerable en 35 de las

66 mujeres. La función sexual después de la cirugía debería ser evaluada más intensamente y disminuir el tema antes de que se contemple la cirugía. (21-24)

La morbilidad psiquiátrica no está asociada con la demografía, características sociales, historia psiquiátrica previa, historia de familia psiquiátrica, la naturaleza de la mujer en su ciclo menstrual. (22)

En ginecología la acusiosidad clínica vinculada a la ecografía ofrece un diagnóstico preoperatorio coincidente con el histopatológico en cerca del 75% de los casos. (23)

## HISTERECTOMIA VAGINAL

El prolapso uterino, a menudo relacionado con cistocele o rectocele, aunque no invariablemente, quizá sea la indicación más frecuente a la histerectomía vaginal.

La histerectomía vaginal es operación magnífica para el carcinoma in situ del cuello uterino cuando la zona atacada se ha diagnosticado por biopsia en cono y se han estudiado los tejidos adyacentes valiéndose de colposcopia. El lapso entre la conización y la histerectomía vaginal debe ser menor de 48 horas o mayor de ocho semanas, para disminuir la frecuencia de sepsis, y el muñón del cuello uterino siempre deberá someterse a cultivo preoperatorio. La histerectomía vaginal radical para carcinoma de cuello uterino en el período I o II es procedimiento muy especializado útil en circunstancias muy limitadas. (9,26)

La indicación para histerectomía.- Gran desviación, diferencias regionales, para plantear la frecuencia en la indicación para la histerectomía, no siempre tiene que basarse en la definición médica estándar. Factores paramédicos también tienen una influencia en su indicación. La pareja decide la forma en muchos casos

si ella tolera los síntomas clínicos, que podrían no haber curado, ni mejorado por hisperectomía. (25)

La técnica endoscópica nueva alternativa para descansar de la histerectomía clásica, este procedimiento no tiene todavía la suficiente experiencia. Influyen los costos de operación, el índice de complicaciones y sobre todo el marco de indicaciones, necesita ulteriores y cuidadosas observaciones y análisis. (26)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La histerectomía es la cirugía ginecológica mayor, que sigue siendo por mucho, la intervención quirúrgica que más se efectúa en este hospital. Aunque algunos autores la consideran "mutiladora", no deja de ser la que salva más vidas en la rama de la ginecología.

La histerectomía abdominal electiva no presenta riesgos despreciables, debiendo tener en cuenta los efectos vasculares, metabólicos y psicológicos, agregado a costos muy elevados.

Siendo el mioma uterino uno de los tumores más comunes y frecuentes en el género humano, ocupa dentro de la esfera genital femenina un lugar preponderante, no sólo debido a los problemas ocasionados por su frecuencia, sintomatología, complicaciones o conductas terapéuticas, sino también, porque se identifica como la causa más frecuente por la que la paciente es llevada al quirófano para cirugía mayor en este hospital.

Por lo anterior planteamos., ¿El diagnóstico clínico concuerda realmente con el estudio histopatológico?.

## JUSTIFICACION

Dado el aumento en los últimos años de la histerectomía practicadas en este hospital, mi inquietud fue analizar si dicha cirugía es lo adecuado en todos los casos, comparando el diagnóstico clínico con el estudio histopatológico.

Y pienso que conformando un buen equipo con el ginecólogo, se puede dar una mejor atención a la paciente, individualizando cada caso y analizándolo en forma profunda para así evitar histerectomías innecesarias, lo cual será en beneficio de la institución en cuanto a costo hospital y de la paciente ya que no deja de ser una cirugía "mutiladora".

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la incidencia, causas y la correlación clínica con el resultado anatomopatológico de las pacientes sometidas a histerectomía en la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar bien la causa, para enviar con un diagnóstico preciso al servicio de ginecología.
2. Conocer la precisión diagnóstica entre la correlación clínica e histopatología.



## **HIPOTESIS**

Descriptivo.- No requiere hipótesis.

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Retrospectivo – Descriptivo – Observacional – Transversal.

### **POBLACION, LUGAR Y TIEMPO**

Se realizó el presente estudio, en la Ciudad de Uruapan, Michoacán., en la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan, ubicada en la Av. Estocolmo No. 688, en el período comprendido de Enero de 1994 a Diciembre de 1995.

Se revisaron las formas SMI-5 De Egreso Hospitalario, las formas: SMI4-3 de Informe Anatomopatológico, las formas SM7-30-3 de Estudio Citológico, el Reporte mensual de Cirugías y en el Expediente Clínico.

### **TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se realizó éste estudio a 110 pacientes a las cuales se les practicó histerectomía.

Seleccionadas mediante muestreo no aleatorio.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

Se incluyeron en el estudio a todas las pacientes egresadas con diagnóstico de histerectomía abdominal o vaginal.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Ninguno.

## INFORMACION A RECOLECTAR

Se analizaron los parámetros siguientes: edad, indicación operatoria, diagnóstico anatomopatológico y su correlación con el diagnóstico preoperatorio, tamaño del útero, tipo de endometrio de la pieza quirúrgica, antecedentes ginecoostétricos.

## METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACION

Se revisaron los expedientes clínicos de éstas pacientes para analizar y evaluar sus antecedentes gineco-obstétricos así como estudios solicitados. Las hojas SMI-5 de Egreso Hospitalario para verificar el diagnóstico pre y post operatorio y el tipo de histerectomía. Las formas SMI4-3 de Informe Anatopatológico para correlacionar con el diagnóstico preoperatorio, postoperatorio, el tamaño del útero y el tipo de endometrio.

## RESULTADOS

En la revisión del número de casos de histerectomías que se realizaron en el período comprendido de Enero de 1994 hasta Diciembre de 1995, se concluye que la incidencia de histerectomías se encuentra en una tasa promedio del 14.6% anual. (Cuadro No. 1)

En relación con la edad, la paciente más joven del estudio fue de 28 años y la de mayor edad de 86 años, encontrando que el 27.2% que fue la mayor frecuencia fue entre los 41 – 45 años de edad con 30 pacientes, siendo la menor incidencia de 1.8% entre las edades de 56 a 65 años, esto se explica dado que la mayor incidencia fue por miomas y estos disminuyen de tamaño durante la menopausia, aunque no desaparecen. (Cuadro No. 2)

En el presente trabajo la indicación principal de la histerectomía fue por miomatosis uterina, esto se debe quizá a que nuestra pirámide poblacional de ésta clínica está compuesta principalmente por mujeres jóvenes. (Gráfica No. 3)

Se revisaron 110 expedientes de las pacientes histerectomizadas, en las cuales sólo en 90 se encontraron el reporte Anatomopatológico, en cuyos resultados encontramos por lo general patología combinada, siendo la mayor incidencia la cervicitis crónica con 22.2%. (Gráfica No. 4)

La confirmación del resultado anatomopatológico correlacionado con la Oclínica se comprobó en el 79% de los casos lo cual nos habla de un buen porcentaje del diagnóstico clínico. (Gráfica No. 5)

En la población tratada se refleja el predominio del inicio de la vida sexual activa antes de los 20 años en 68 pacientes (61.8%), de estas 50 pacientes iniciaron vida sexual a los 16 años. (Gráfica No. 6)

En las pacientes estudiadas se refleja el predominio por la baja paridad, el porcentaje es de 36% en las pacientes que han tenido uno o 2 partos, y pacientes con mayor incidencia de abortos. (Gráfica No. 7)

Se deseaba conocer el tamaño de las piezas extirpadas para valorar si el aumento de volumen del útero era importante, encontrando que la mayor frecuencia se encuentra en un tamaño de 9 – 10 cms. También se requería saber el tipo de endometrio encontrado en los úteros cuya indicación no fue por la patología endometrial, no hallando en ningún caso hiperplasia adenomatosa, ni Ca de Endometrio. Los casos que muestran endometrio autolizado fue para efectuar previamente legrado uterino biopsia diagnóstica. (Gráfica No. 8)

CUADRO No. I

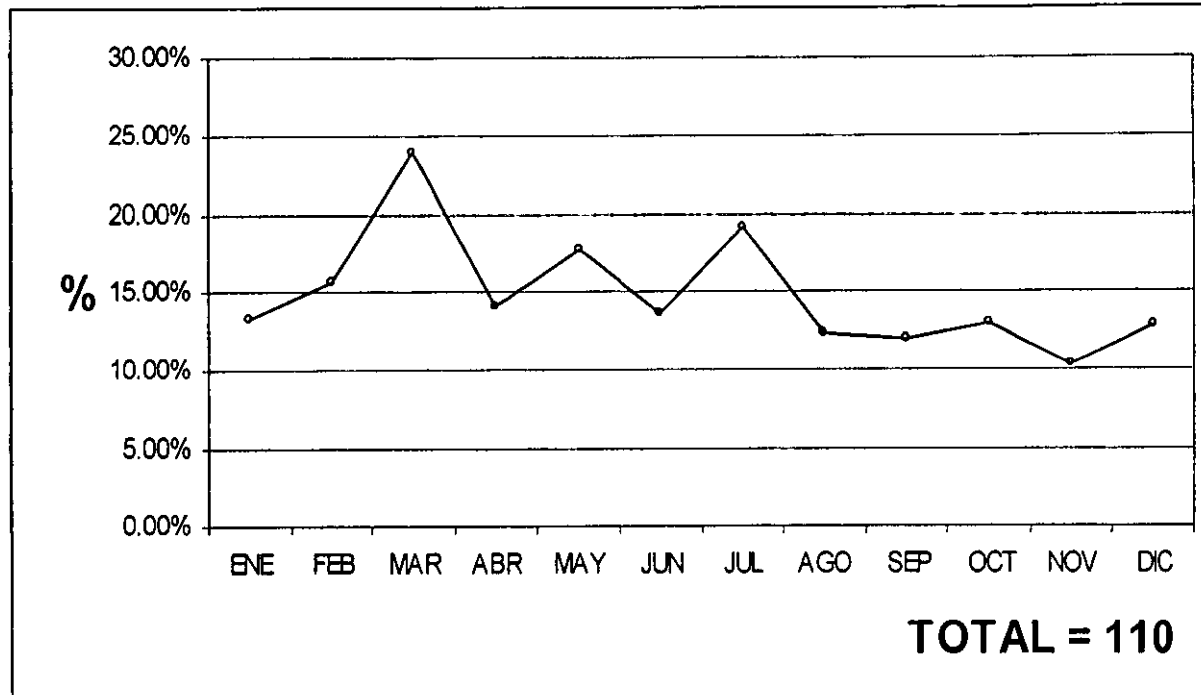
INCIDENCIA MENSUAL DE HISTERECTOMIAS EN EL HOSPITAL CLINICA  
ISSSTE URUAPAN. ENERO 94 A DICIEMBRE 95.

MES	EGRESOS HOSP. POR CIRUGIA GINECOLOGICA	PACIENTES DE HISTERECTOMIAS	
		NO. DE CASOS	%
ENERO	60	8	13.3
FEBRERO	57	9	15.7
MARZO	54	13	24.0
ABRIL	64	9	14.0
MAYO	62	11	17.7
JUNIO	73	10	13.6
JULIO	57	11	19.2
AGOSTO	73	9	12.3
SEPTIEMBRE	67	8	11.9
OCTUBRE	69	9	13.0
NOVIEMBRE	58	6	10.3
DICIEMBRE	55	7	12.7
TOTAL	749	110	14.6

FUENTE: Formas SMI-5 De Egreso Hospitalario de la Clínica Hospital ISSSTE  
Uruapan. 1994-1995.

GRAFICA No. 1

INCIDENCIA MENSUAL DE HISTERECTOMIAS



FUENTE: Formas SMI-5 de Egreso Hospitalario de la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan. ENE-94 a DIC-95.

**CUADRO No. 2**  
**INCIDENCIA DE HISTERECTOMIAS EN RELACION CON LA EDAD.**

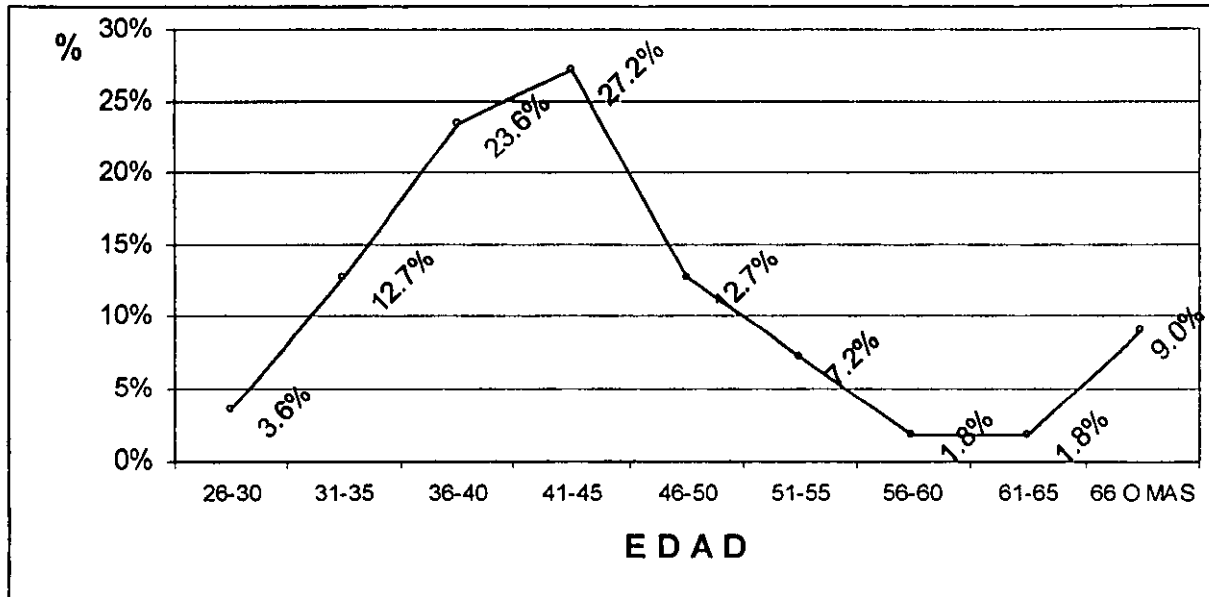
EDAD	No. DE CASOS	%
26 – 30	4	3.6
31 – 35	14	12.7
36 – 40	26	23.6
41 – 45	30	27.2
46 – 50	14	12.7
51 – 55	8	7.2
56 – 60	2	1.8
61 – 65	2	1.8
66 O MAS	10	9.0
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Formas SMI-5 de Egreso Hospitalario y Expedientes Clínicos de la  
Clínica Hospital ISSSTE Uruapan. 1994-1995.



GRAFICA No. 2

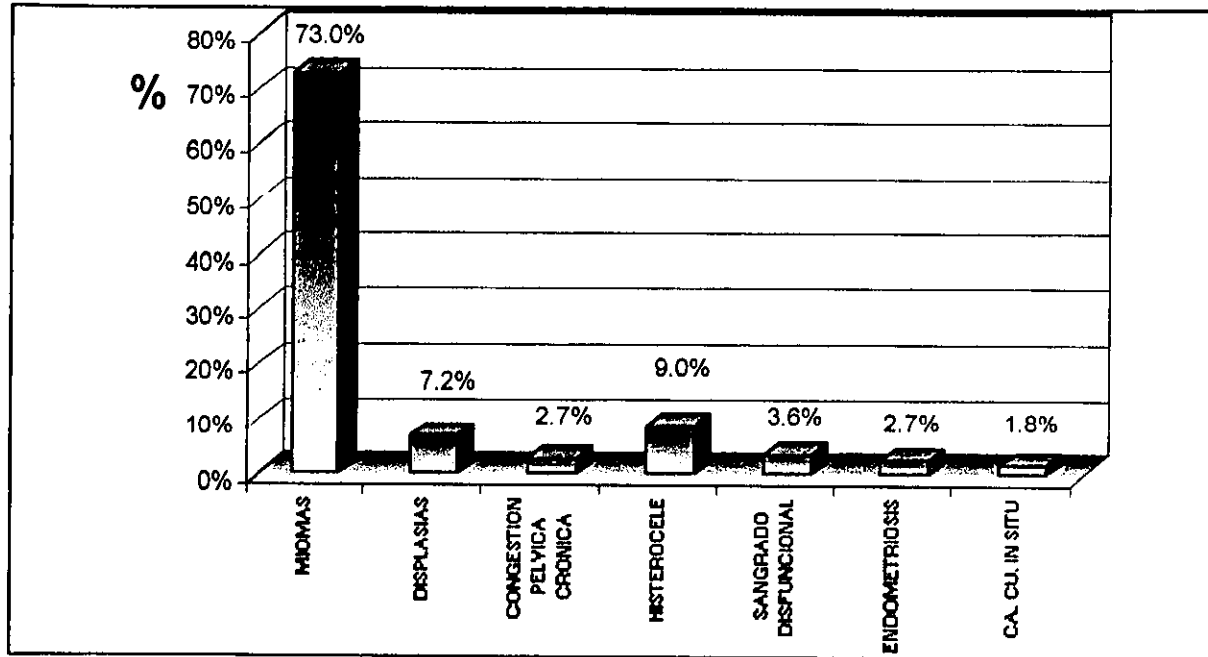
INCIDENCIA DE HISTERECTOMIAS EN RELACION CON LA EDAD



FUENTE: Formas SMI-5 de Egreso Hospitalario y Expedientes Clínicos de la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan. ENE-94 a DIC-95.

GRAFICA No. 3

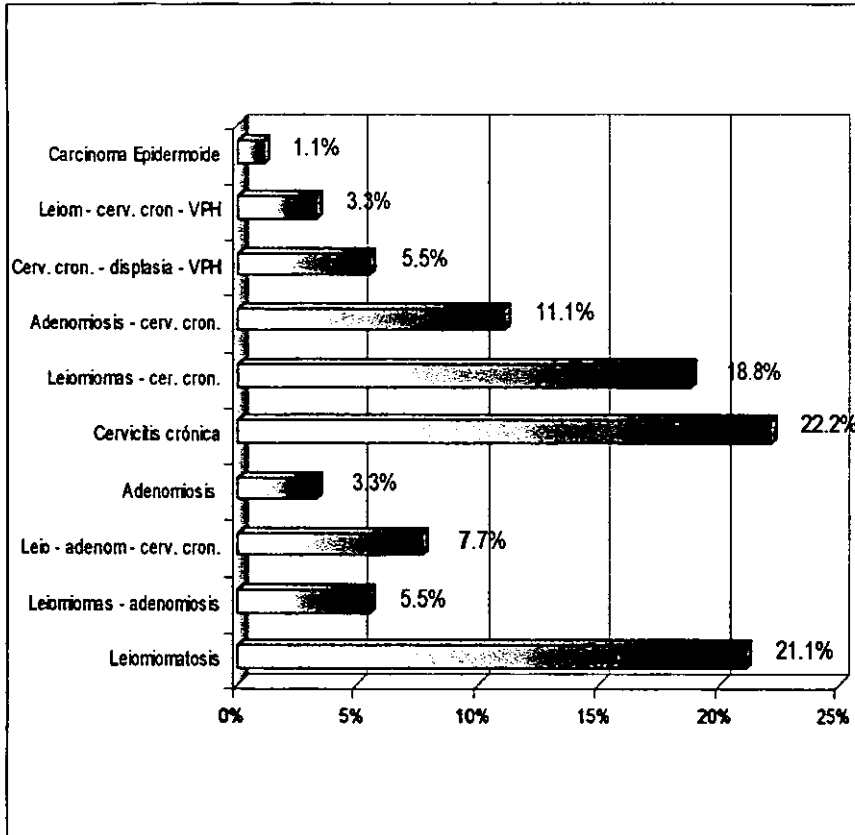
INDICACION PRINCIPAL PREOPERATORIA.



FUENTE: Formas SMI-5 de Egreso Hospitalario y Expedientes Clínicos de la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan. 94-95.

GRAFICA No. 4

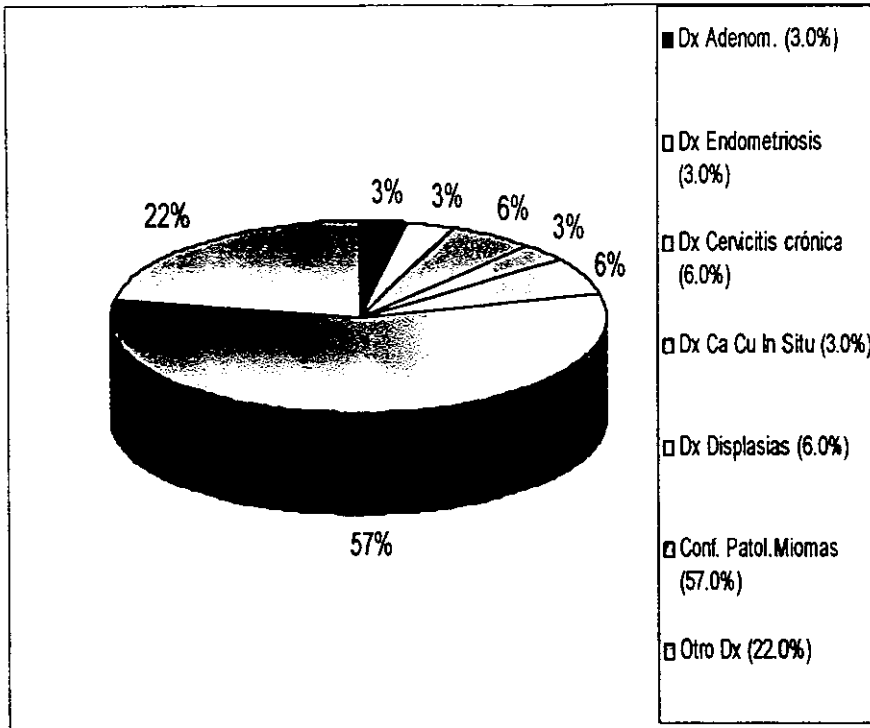
DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO CON RESULTADOS DE PATOLOGIA  
COMBINADA



FUENTE: Formas SM14-3 Hoja de Informe Anatomopatológico de la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan. 94-95.

GRAFICA No. 5

CORRELACION CLINICA Y ANATOMOPATOLOGICA.

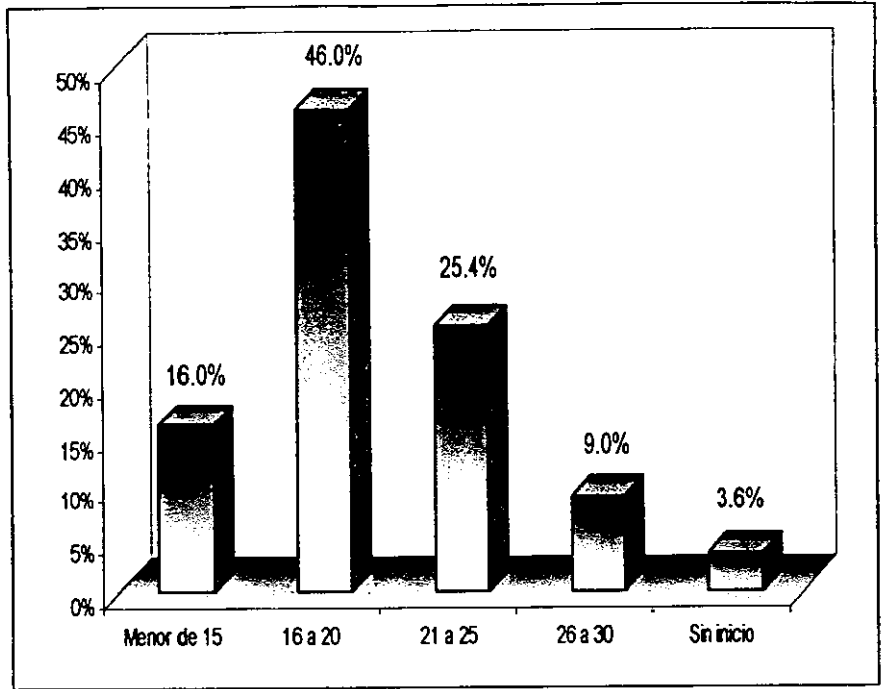


FUENTE: Formas SMI-5 de Egreso Hospitalario y Forma de Informe Anatomopatológico SM14-3 de la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan. 1994-1995.

LA VIDA SEXUAL NO DEBE  
SALIR DE LA ESCUELA

GRAFICA No. 6

INICIO DE LA VIDA SEXUAL

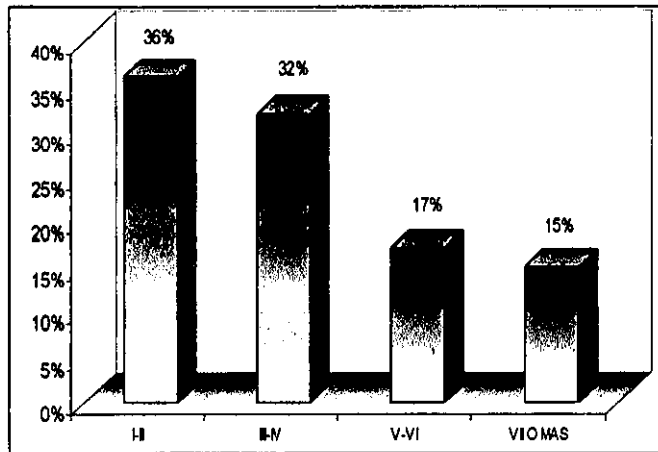


FUENTE: Formas SM7-30-3 de Estudio Citologico y los Expedientes Clínicos de la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan. 1994-1995.

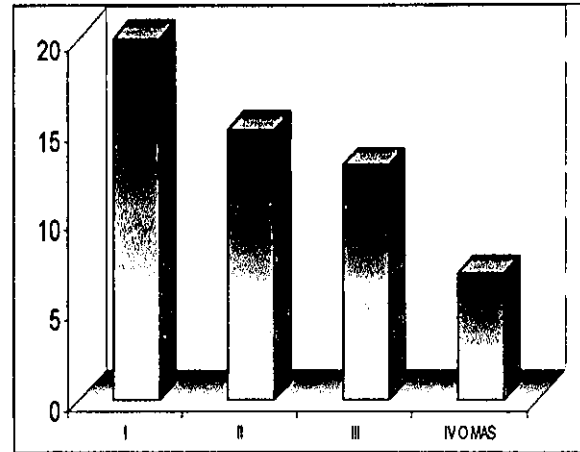
GRAFICA No. 7

PARIDAD Y ABORTOS

PARIDAD



ABORTOS

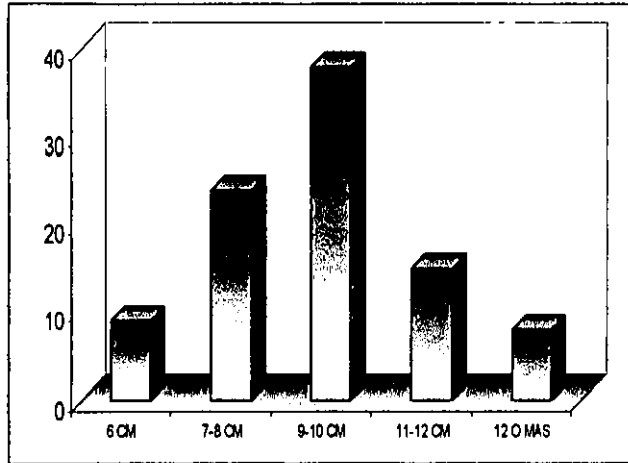


FUENTE: Formas SM7-30-3 Hoja de Estudio Citologico y Expedientes Clínicos, de la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan. ENE-94 a DIC-95.

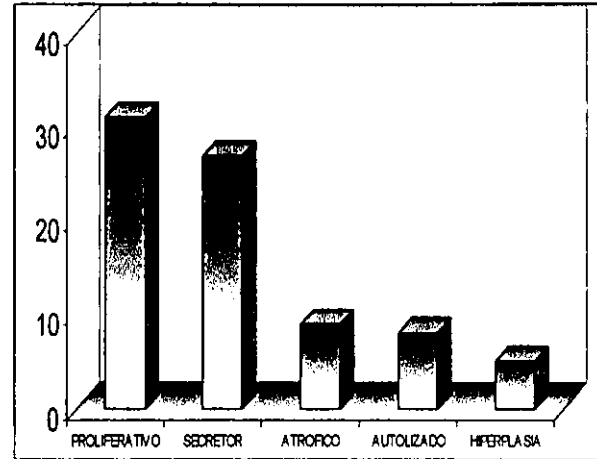
GRAFICA No. 8

TAMAÑO DEL UTERO Y TIPO DE ENDOMETRIO

TAMAÑO DEL UTERO



TIPO DE ENDOMETRIO



FUENTE: Formas SM14-3 de Informe Anatomopatológico de la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan. ENE-94 A DIC-95.

## DISCUSION

La incidencia de histerectomías en la Clínica Hospital ISSSTE Uruapan resultó ser del 14.6 anual, con lo cual no se pudo hacer comparaciones a nivel de otros Estados dado que no encontré bibliografía de apoyo a este respecto.

La incidencia de histerectomías está aumentando, creo que esto esta dado para que el médico quizás sea más fácil en ocasiones extirpar el útero, creyendo que con ello curará todas las molestias que pudieran afectar a las mujeres, sin pensar que cuando no es necesario puede provocar en ocasiones una disfunción sexual que llega a ser más difícil de curar.

La patología más frecuente fue la miomatosis uterina en 73% en el diagnóstico preoperatorio, por lo cual creo obligado usar la acuosidad clínica vinculada a la ecografía para hacer un buen diagnóstico y evitar en lo posible que la paciente sea llevada a cirugía sin ser necesario.

La confirmación del diagnóstico por estudio anatomopatológico fue del 82%, el 18% restante no contaba con dicho resultado; esto habla de que la mayor parte de las pacientes cuentan con el resultado de este estudio lo cual responde nuestra hipótesis.

Creo que el médico familiar tiene la obligación de conocer a sus pacientes y cuando esta tenga que ser sometida a histerectomía, haga una evaluación a fondo de su estado psicológico para poder brindarle una terapia de apoyo adecuada.



## CONCLUSIONES

En el presente trabajo la indicación principal de la histerectomía fue la miomatosis uterina. (73% de los casos)

Al revisar los 110 casos de histerectomía se encontró que la mayoría de las pacientes tenían más de 40 años, el porcentaje mayor fue entre los 41 y 45 años de edad con un 27.2%.

Se encontró que la mayoría de la pacientes el inicio de su vida sexual activa es antes de los 20 años.

En las pacientes estudiadas refleja el hecho de un predominio por la baja paridad, el 36% solo a tenido uno o 2 partos y pacientes con mayor incidencia de abortos.

El diagnóstico presuncional fue confirmado por anatomopatología en más de las tres cuartas partes de los casos. (79%)

Este trabajo es para inducir al médico familiar a una mayor atención al interrogatorio y a la exploración física de las pacientes, vinculada a la ecografía la cual ofrece un diagnóstico preoperatorio coincidente con el anatomopatológico en un alto porcentaje de los casos.

Resulta interesante conocer la precisión diagnóstica, entre la correlación clínica y anatomopatológica, por lo que se hizo el presente estudio.

La atención médica, tanto de medicina familiar como de ginecología cuando una paciente va a ser sometida a histerectomía, no se otorga con enfoque al problema psicológico que pudiera desarrollar.

Instituir un programa de asesoramiento a la pareja y mayormente a las que presenten disfunciones sexuales secundarias a la histerectomía, sería algo importante para estas pacientes que generalmente no reciben apoyo de este tipo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Parrot, M.: Elective Hysterectomy. Amer. J. Obstet. Gynec., 1972; 113:531.
2. MONTERO A.M.C., LIEVANO T.S.A., MEZA V.M.  
Valor simbólico del Utero en un Grupo de Pacientes.  
Histerectomizadas. Ginecología y Obstetricia de Méx.  
62:1; 1994; 75.
3. BRISEÑO H.H., MEZA P.F., NUÑO M.E., GUZMAN S.R., PEREZ  
S.D. Morbimortalidad de la Histerectomía. Ginecología  
Y Obstetricia de Mex.
4. Harry Sturgeon Crossen y Robert James Crossen. Anatomía del útero.  
Enfermedades de la mujer. Ed. Unión Tipográfica Editorial Hispanoamericana.  
2da. Edición. México. 1946; 50-51.
5. L. Testud, A. Latarjet. Utero. Compendio de anatomía Descriptiva. Ed. Salvat.  
Vigésimo Segunda Edición. España. 197; 728-29.
6. L.C. Junqueira., Carneiro. Histofisiología Utero.  
Histología Básica. Ed. Salvat. 2da. Edición. España. 1977; 728-29.
7. Lawn, A.M.: The Ultrastructure og the endometrium during the sexual cicle.  
Adv. Reprod. Phsycol., 1973. 6:61.
8. JONES. Mioma Uterino. Tratado de Ginecología de Novak.  
Nueva Editorial Interamericana. 9ª. Edición. México.  
D.F. 1977. 329-31; 309-17; 352-69; 545-77.
9. Mattingly F, Thompson D. The Linde. Ginecología Operatoria.  
Editorial El Ateneo; SA. 6ª. Edición. México, D.F. 1987.  
1: 172, 219.
10. Ramos, Arredondo, Martínez y Rodríguez. Leiomiomatosis Uterina. Informe de  
77 casos. Ginec. Obstet Mex. 58:1990. 138-141.
11. González G.J. Miomatosis Itsmico-cervical como problema quirúrgico. Ginec.  
Obstet. Mex. 1986; 54:176.

12. Parazzini F, La Vecchia C, Negri E y Cols. Epidemiología characteristics of women whith uterine fibroids: a case control study. *Obstet Gynecol.* 72:1. 1988.
13. Guerra de la G.C.A. y Col. Valor diagnóstico del ultrasonido en miomatosis uterina. *Ginec. Obstet. Mex.* 59:1. 1991; 279-282.
14. Kistner, R.W.: Endometriosis and Ademyosis. *Ginecology and Obstretics.* 1968; 2:3.
15. Pelayo-Correa. Patología del Aparato Genital Femenino. Texto de Patología. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 2ª. Edición. México. 1975., 956-58.
16. Porcele Jimenez, Arnaldo; Martínez Algaga, Eliana; Venegas Carelo, Eugenio; Capetillo, María. Endometrial Hyperplasia: diagnosis, treatment and clinical management. *Rev. Chil. Obstret. Ginecol.* 52:4. 1987. 265-72.
17. Elena Fentane/Guevara. Citología Clínica., Prensa Médica Mexicana. 1980. 1: 60-61.
18. Dr. Jorge Federico Menendez Velazquez. Tratamiento de la Infección Cervical por Virus del Papiloma Humano. (VPH) con ácido tricloroacético. *Obstet. Ginecol.* 59:1. 1991; 48-49-50.
19. Ceniceros M.M., Chavez C.M., Villalobos V.S. Estudio Comparativo con Tratamiento de (5-FU). *Obstet. Ginecol.* 62:1. 1994; 67.
20. GONZALEZ S.J.L., HERNANDEZ V.C., MENENDEZ V.J.F., Diagnóstico Citológico, Colposcopico e Histología del Carcinoma invasor del cervix. *Obstet. Ginecol.* 62:1. 1994; 59.
21. J. Psychosom. Sexuality after hysterectomy. Department og Obstetrics and Gynecology, University of Uppsala, Sweden. *Obstet Gynaecol.* 15; 4. 1994. 219-29.
22. Gath-D, Rose-N, Bond-A, garrod-A, Hodges-S.  
Hysterectomy and psichiatric disorder. *Psychol – Med.* 25; 2. 1995. 277-83.
23. Briseño H.H., Reynoso S.M., Espinoza de los Monteros. S.D., Uribe R.L. Histerectomía: Correlación Clínica y ecográfica e histopatológica. *Ginec. Obstet.* 62;1. 1994.; 73.
24. Santow G. Education and Hysterectomy. *Obstet. Gynaecol. Aus.* 35; 1. 1995; 60-9.

25. Dr. Pedro Coronel Brizio, Dr. Fernando Palafox Sánchez, Dr. Rubén Pérez Cuervo. La histerectomía abdominal en el Hospital de Especialidades Dr. Miguel Dorantes Mesa, S.S. Informe de 140 casos. Ginec. Obst. Mex. Vol. 62. 1994; 296-99.
26. FrauenKlinik des Klinikum ST. Marien, Amberg/Opf., Deutschland. Indications for hysterectomy. GynaKol – Geburtshilfliche – Rundsch. 32; 2. 1995; 64-71.



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

Subdirección General Médica

## INFORME ANATOMOPATOLOGICO

Nombre \_\_\_\_\_

Exp. No. \_\_\_\_\_

No. de Consultorio \_\_\_\_\_

URUAPAN Cama \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Médico Tratante \_\_\_\_\_

Pieza Remitida \_\_\_\_\_

Diagnóstico Clínico \_\_\_\_\_

Servicio a que Pertenece \_\_\_\_\_

INFORME ANATOMOPATOLOGICO



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

Subdirección General Médica

Hoja de egreso hospitalario

**CODIFICACION**

Unidad Médica \_\_\_\_\_  
 Ubicación \_\_\_\_\_  
 Expediente Clínico \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Domicilio Residencia \_\_\_\_\_  
 Secretaría correspondiente \_\_\_\_\_  
 TIPO DE PACIENTE Trabajador(a) Esposa o concubina del Trabajador Hija(a) menor  
 Padre o Madre Pensionista Derechohabiente de Pensionista Otro tipo  
 ESTANCIA Fecha Ingreso Fecha Egreso Hora Egreso Días de Estancia

1 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_  
 3 \_\_\_\_\_  
 4 \_\_\_\_\_  
 5 \_\_\_\_\_  
 6 \_\_\_\_\_  
 7 \_\_\_\_\_  
 8 \_\_\_\_\_  
 9 \_\_\_\_\_  
 10 \_\_\_\_\_  
 11 \_\_\_\_\_  
 12 \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE ADMISION (Transcripción exacta del Diagnóstico que figura en la hoja de Ingreso)

13 \_\_\_\_\_  
 14 \_\_\_\_\_

RESUMEN CLINICO DEL CASO Y EVOLUCION DURANTE LA ESTANCIA EN LA UNIDAD MEDICA  
 Incluyendo Complicaciones Intrahospitalarias Médicas y/o Quirúrgicas)

15 \_\_\_\_\_  
 16 \_\_\_\_\_  
 17 \_\_\_\_\_  
 18 \_\_\_\_\_  
 19 \_\_\_\_\_  
 20 \_\_\_\_\_  
 21 \_\_\_\_\_  
 22 \_\_\_\_\_  
 23 \_\_\_\_\_  
 24 \_\_\_\_\_  
 25 \_\_\_\_\_  
 26 \_\_\_\_\_  
 27 \_\_\_\_\_  
 28 \_\_\_\_\_  
 29 \_\_\_\_\_  
 30 \_\_\_\_\_  
 31 \_\_\_\_\_  
 32 \_\_\_\_\_  
 33 \_\_\_\_\_  
 34 \_\_\_\_\_  
 35 \_\_\_\_\_  
 36 \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

DIAGNOSTICO DEFINITIVO PRINCIPAL (Entidad Nosológica que originó la Hospitalización del Paciente)

37 \_\_\_\_\_  
 38 \_\_\_\_\_

OTROS DIAGNOSTICOS	COMPROBACION POR
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

39 \_\_\_\_\_  
 40 \_\_\_\_\_  
 41 \_\_\_\_\_  
 42 \_\_\_\_\_  
 43 \_\_\_\_\_  
 44 \_\_\_\_\_  
 45 \_\_\_\_\_  
 46 \_\_\_\_\_

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS IMPARTIDOS

Diagnóstico Preoperatorio \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Operación \_\_\_\_\_  
 Operación y Hallazgos \_\_\_\_\_

47 \_\_\_\_\_  
 48 \_\_\_\_\_  
 49 \_\_\_\_\_  
 50 \_\_\_\_\_  
 51 \_\_\_\_\_

Anestesia Utilizada \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Postoperatorio \_\_\_\_\_

52 \_\_\_\_\_

Nombre del Cirujano \_\_\_\_\_







**I. S. S. T. E.**  
**SUBDIRECCION GENERAL MEDICA**  
**UNIDAD DE SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA**  
**DEPARTAMENTO DE ATENCION PREVENTIVA**  
**SOLICITUD DE EXAMEN CITOLOGICO**

SMT 30 3

LUGAR _____ FECHA _____	PLACA ADRESOGRAFICA
UNIDAD MEDICA _____ SERVICIO _____	
DIVISION <input type="checkbox"/> INTERNA <input type="checkbox"/> CIRUGIA <input type="checkbox"/> GINECO OBSTETRICIA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA	

<b>A R E A</b>	NOMBRE _____ ORIGINARIA DE _____ OCUPACION _____ MOTIVO DEL ESTUDIO _____	EDAD _____ SEXO _____ EXP. _____ DEPENDENCIA _____ CEDULA _____ <b>ADSCRIPCION</b> _____ TIPO DE DEFECIONABENTE _____ E M P P E F O N C _____
<input checked="" type="checkbox"/> EMERGENCIA <input type="checkbox"/> C. EXTERNA <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> CONTENSIVOS <input type="checkbox"/> HEMODIALISIS <input type="checkbox"/> A DOMICILIO	<input type="checkbox"/> CAMPAÑA DE DETECCION <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/> FUNCIONAL <input type="checkbox"/> INVESTIGACION <input type="checkbox"/> SERVICIO DE MUESTRA	<input type="checkbox"/> 1a. VEZ <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE <input type="checkbox"/> URGENTE
		<b>PROCEDENCIA</b> <input type="checkbox"/> DF <input type="checkbox"/> FUERNO <b>DOMICILIO</b> _____

ESTUDIO GINECO-OBSTETRICO	
<b>MENARCA</b> _____ <b>ETIMO</b> _____ <b>CICLO</b> _____ <b>REG</b> <input type="checkbox"/> REG <input type="checkbox"/> IRRREG <b>V.S.A.</b> _____ <b>EMBARAZO</b> SEM _____ <b>ULTIMA REGLA</b> _____ <b>GESTA</b> _____ <input type="checkbox"/> AMENORREA _____ <b>PARA</b> _____ <input type="checkbox"/> DISFUNCION _____ <b>ABORTOS</b> _____ <b>EMBARAZO</b> S. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> AVANZADA DE ABORTE _____ <input type="checkbox"/> LACTANCIA _____ <b>INDICACION</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>MENOPAUSIA</b> _____ <b>CEFO</b> _____ <input type="checkbox"/> FISIOLOGICA _____ <b>1o DE PARTO</b> _____ <input type="checkbox"/> NO FISIOLOGICA _____ <b>2do PARTO</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>NUNCA HA TENIDO</b> _____ <b>SEMANAS</b> _____ <b>RELACIONES SEXUALES</b> _____ <b>LEUCORREA</b> _____ <input type="checkbox"/> MENORRAGIA _____ <b>F. SANGUINO-LENTO</b> _____ <input type="checkbox"/> METRORRAGIA _____ <b>SANGRADO AL COITO</b> _____ <input type="checkbox"/> TENSION PREMENSTRUAL _____ <input type="checkbox"/> ESTERILIDAD _____ <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA	

ESTUDIO NO GINECOLOGICO		
PROCEDENCIA DE MUESTRAS	PROCEDENCIA	METODO DE OBTENCION
<input type="checkbox"/> CAVIDAD ORAL <input type="checkbox"/> LARINGE <input type="checkbox"/> FARINGE <input type="checkbox"/> BRONQUIOS <input type="checkbox"/> ESOFAGO <input type="checkbox"/> ESTOMAGO <input type="checkbox"/> DUODENO <input type="checkbox"/> VENTRIGULO <input type="checkbox"/> COLON <input type="checkbox"/> RECTO <input type="checkbox"/> VESICULA <input type="checkbox"/> VESIGA <input type="checkbox"/> PROSTATA <input type="checkbox"/> BAZILO	<input type="checkbox"/> ESPUTO <input type="checkbox"/> ESCUDO <input type="checkbox"/> LUGO GASTRICO <input type="checkbox"/> LUGO DUODENAL <input type="checkbox"/> LUGO PANCREATICO <input type="checkbox"/> LUGO BRONQUIAL <input type="checkbox"/> LUGO AMNIOTICO <input type="checkbox"/> LUGO ASCITIS <input type="checkbox"/> LUGO CEFALORRUEO <input type="checkbox"/> LUGO PLEURAL <input type="checkbox"/> LUGO PROSTATICO <input type="checkbox"/> LUGO SINOVIAL <input type="checkbox"/> ORINA <input type="checkbox"/> SALIVA	<input type="checkbox"/> ASPIRACION <input type="checkbox"/> CATETERISMO <input type="checkbox"/> ENDOSCOPICO <input type="checkbox"/> ENLACE <input type="checkbox"/> FROTIS <input type="checkbox"/> IMPRESION <input type="checkbox"/> LAVADO <input type="checkbox"/> CONTRASTE <input type="checkbox"/> LEGRADO <input type="checkbox"/> PUNCION <input type="checkbox"/> SONDEO <input type="checkbox"/> OTROS

TRATAMIENTOS PREVIOS	TIPO DE LESION Y SITIO
<input type="checkbox"/> LEGRADO <input type="checkbox"/> ELECTROCOAGULACION <input type="checkbox"/> QUIRURGICO <input type="checkbox"/> RADIACIONES <input type="checkbox"/> HORMONAL <input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> EROSION <input type="checkbox"/> EROSION <input type="checkbox"/> BUCFLASIA <input type="checkbox"/> POLIPOS <input type="checkbox"/> LECIFERACIONES <input type="checkbox"/> TAMBRACION <input type="checkbox"/> EXOCERVICA <input type="checkbox"/> ENDOCERVICAL <input type="checkbox"/> TUBEROCULOSAS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> VULVAR <input type="checkbox"/> PROLAPSO

BIOPSIA  POSIT  NEG  NUM \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

RADIACIONES DURACION \_\_\_\_\_ DOSIS \_\_\_\_\_

TIPO Y FECHAS DE CIRUGIA GINECOLOGICA PREVIAS \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA MAMARIA:**  NO  SI  BENIGNA  SOSPECHOSA

**CLAVE:**  1 A SIN DATOS PATOLOGICOS  2 DATOS SUGESTIVOS DE CANCER  
 1 B SIGNOS Y O SIN TOMAS LEVES  3 DATOS EVIDENTES DE CANCER  
 1 C SIGNOS Y O SIN TOMAS SEVEROS

**DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:** \_\_\_\_\_

**ESPECIFICACION** \_\_\_\_\_

**DATOS CLINICOS PRINCIPALES** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO RADIOLOGICO** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO PRESUNTIVO** \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO _____ CLAVE _____ FIRMA _____	REG. CAMPAÑA	REG. CITOLOGICO
--	--------------	-----------------

NOTA: REFERIRSE EXCLUSIVAMENTE AL SECTOR CORRESPONDIENTE  
 CON FIRMA DE DETECCION LLENAR SOLO LOS INCISOS IMPRESOS CON LETRA GRUESA

NUM. MUESTRA \_\_\_\_\_

**PATRON HORMONAL**

VALOR ESTROGENICO \_\_\_\_\_

ACCION LUTEINICA  SI  NO

CELS. ANDROGENICAS  SI  NO

AGLUTINACION \_\_\_\_\_

CONSERVACION  BUENA  MALA

**OBSERVACIONES**

LECTURA HORMONAL NO POSIBLE

INFORMACION CLINICA INSUFICIENTE  
(INTERPRETACION NO POSIBLE)

COMPATIBLE  INCOMPATIBLE

CON EDAD Y DATOS CLINICOS

IMAGEN COMPATIBLE

EMBARAZO  OBTO FETAL

A. DE ABORTO  LACTANCIA

TPO. DE CLASIF. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PATRON CELULAR**

ACELULAR NO HAY EPITELIO

GIGANTOSIS (1) (2) (3) (4)

NECROSIS (1) (2) (3) (4)

C. MESOTELIALES (1) (2) (3) (4)

C. MESENOQUIMATOSI. (1) (2) (3) (4)

HISTIOCTOS (1) (2) (3) (4)

BLASTOS (1) (2) (3) (4)

ERITROCITOS (1) (2) (3) (4)

MACROFAGOS (1) (2) (3) (4)

REACCION (1) (2) (3) (4)

INFLAMATORIA (1) (2) (3) (4)

**PATRON MICROBIANCO**

BACILIFORME  TRICOMONAS

COCCIDE  MONILIA

MIXTO  HONGOS

NO HAY FLORA  AMIBAS

CLASIFICACION NO POSIBLE

**ALTERACIONES**

1. EP. ESTRATIFICADO 2. ENDOCERVIX

3. EP. CILINDRICO 4. ENDOMETRIO

1. 2. 3. 4.

SIN ALTERACIONES

METAPLASIA DYSFUNCTIONAL

METAPLASIA EPIDERMIDE

ATPIAS

DISCARIOSIS

DISQUERATOSIS

HIPERPLASIA

HIPERACTIVACION BASAL

BASALES DE ESTOSION

DE TIPO INFLAMATORIO

**OTRAS ALTERACIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO CITOLOGICO**

ADENOCARCINOMA  ? BENIGNO

ADENOCARCINOMA  END. PROLIFERATIVO

CA. AVENENIDE  END. SECRETOR

CA. EPIDERMIDE (I) (II) (III) (IV)

CA. INDEFERENCIADO  HIPERPLASIA

CA. IN SITU  LEUCOPLASIA

CA. INTERMEDARIO  METAPLASIA

CA. MACROINVASOR  PARAKERATOSIS

CA. TRANSICIONAL  PROCESO INFECCIOSO

CARCINOMA  QUERATOSIS

LINFOMA

MESOTELIOMA

SARCOMA

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

DISCARIOSIS SUPERFICIAL

DISPLASIA GRADO (I) (II) (III)

TENDENCIA  REVERSIBLE  PROGRESIVA

ESTACIONARIA  NO CLASIFICABLE

GRADO DE ALTERACION CELULAR (III) (IV)

RADIA. IONES  RS  RF  RP

DURACION DOSIS FECHA

INDICE  BUENO  MALO  REGULAR  INCONCLUSO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RESULTADO**

NEGATIVO (I) (II) (III)

SOSPECHOSO (IV) (V)

POSITIVO (VI) (VII)

**CALIDAD DE LA MUESTRA**

INSUFICIENTE

TOMA INCORRECTA

MALA PRESERVACION

PROCESADO INCORR.

OTRAS CAUSAS

INADECUADA

**CORRELACION CITO-CLINICA**

DETECCION DE DISPLASIA

DETECCION DE NEPLASIA

DIAGNOSTICO CLINICO CONFIRMADO

RECTIFICACION DE DIAGNOSTICO

**RECOMENDACIONES**

REPETIR ESTUDIO ( \_\_\_\_\_ MESSES)  AL AÑO

PRACTICAR BOPSIA

PASA A SU CLINICA DE ADSCRIPCION

PASA A UNIDAD DE DIAGNOSTICO TEMPRANO DE CANCER

PRACTICAR EXAMEN SERIADO

**SERVICIO DE CITOLOGIA RESOLUTIVA**

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

CITOLOGO \_\_\_\_\_ CLAVE \_\_\_\_\_

FRMA \_\_\_\_\_

REVISO \_\_\_\_\_ CLAVE \_\_\_\_\_

FMG/IB/66

**REPORTE CITOLOGICO**