

11217

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**"LUIS CASTELAZO AYALA"**

170

**"CORRELACION CLINICA-ULTRASONOGRAFICA-  
ANATOMOPATOLOGICA DE LA HISTERECTOMÍA TOTAL  
ABDOMINAL GINECOLÓGICA"**

**T E S I S**

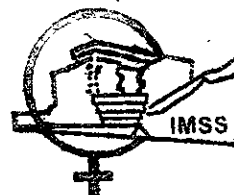
**PRESENTADA POR:**

**DR. JOSE ALBERTO ZAVALA MOHA.**

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN**

**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

285573



**DIVISION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION MEDICA  
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"  
IMSS**

**ASESOR DE TESIS: DR. CESAR TREJO ESPONDA.**

**MÉXICO, DF.**

**2000**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

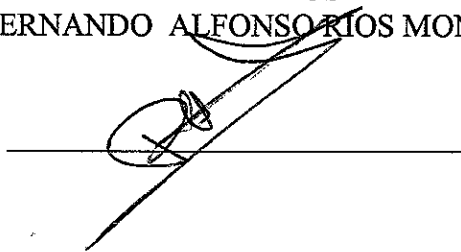
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

“LUIS CASTELAZO AYALA”

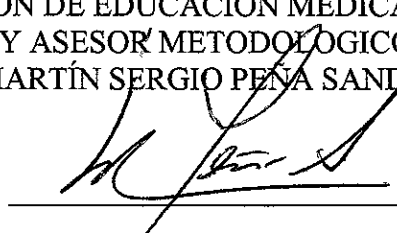
TESIS

“CORRELACION CLINICA – ULTRASONOGRAFICA -  
ANATOMOPATOLÓGICA DE LA HISTERECTOMÍA TOTAL  
ABDOMINAL GINECOLÓGICA”

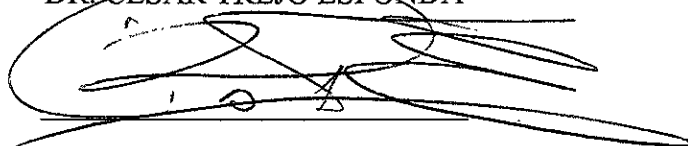
DIRECTOR DEL HOSPITAL  
DR. FERNANDO ALFONSO RÍOS MONTIEL.

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is stylized and appears to be 'F. Ríos Montiel'.

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN MEDICA E INVESTIGACIÓN  
Y ASESOR METODOLÓGICO  
DR. MARTÍN SERGIO PEÑA SANDOVAL

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is stylized and appears to be 'M. S. Peña Sandoval'.

ASESOR  
DR. CESAR TREJO ESPONDA

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is stylized and appears to be 'C. Trejo Esponda'.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

POR ENSEÑARME A CREER  
QUE CON ESFUERZO EXISTE UN MUNDO MEJOR  
Y UNA NUEVA OPORTUNIDAD DE VIVIR.

A MIS PADRES

QUE SIEMPRE HAN ESTADO PRESENTES

AL DOCTOR

MARTÍN S. PEÑA SANDOVAL  
POR SU GRAN APOYO Y  
ORIENTACIÓN.

A LA MUJER MEXICANA QUE TANTO ME HA ENSEÑADO

## INDICE

|                          |    |
|--------------------------|----|
| RESUMEN.....             | 5  |
| INTRODUCCIÓN .....       | 6  |
| MATERIAL Y MÉTODOS ..... | 9  |
| RESULTADOS .....         | 10 |
| DISCUSIÓN .....          | 11 |
| CONCLUSIONES .....       | 12 |
| BIBLIOGRAFÍA .....       | 13 |
| ANEXOS .....             | 15 |
| TABLAS Y GRÁFICAS .....  | 16 |

## RESUMEN

Zavala MJ, Trejo EC. Correlación clínico ultrasonográfica anatomopatológica de la histerectomía total abdominal ginecológica. Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", IMSS.

**Objetivo:** Correlacionar los diagnósticos clínico y ultrasonográfico preoperatorios de las pacientes a las que se les realizó histerectomía total abdominal con el diagnóstico anatomopatológico definitivo, para determinar cual fue la certeza diagnóstica que existe entre ellos.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo de acuerdo al número de expedientes de las pacientes programadas para histerectomía total abdominal ginecológica en el servicio de ginecología del Hospital "Luis Castelazo Ayala" en el periodo de enero a diciembre de 1999, de donde se obtuvieron un total de 464 expedientes con datos completos, la información fue concentrada en la hoja de recolección de datos, para posteriormente ser sometida a análisis estadístico de tendencia central y porcentajes.

**Resultados:** El grupo de edad que predominó en el estudio fue el de 35 a 45 años, 43.33% tenían sobrepeso, 59.48% no presentaron anemia; los principales diagnósticos preoperatorios fueron miomatosis uterina, miomatosis uterina más distopia genital y miomatosis uterina más quiste de ovario. La correlación con el diagnóstico de patología fue de 72.62%, el ultrasonido reportó 86.34% de úteros compatibles con miomatosis uterina, y de estos 73.33% se corroboró el diagnóstico. Los diagnósticos más frecuentes emitidos por patología fueron miomatosis uterina 32.75%, miomatosis más adenomiosis 24.35% y adenomiosis 14.00%. Las complicaciones transquirúrgicas más frecuentes fueron las del tracto urinario y la morbilidad para la histerectomía ginecológica fue del 2.29%.

**Discusión y conclusiones:** La correlación de diagnóstico preoperatorio y el resultado anatomopatológico (72.62%) fue significativa, lo cual es semejante a lo reportado a nivel nacional 76.2% y la norteamericana 84%. La histerectomía total abdominal, es el procedimiento quirúrgico más frecuente y útil en ginecología, tuvo una correlación clínica-ultrasonográfica y anatomopatológica muy elevada a los casos de miomatosis uterina.

**Palabras claves:** Correlación, histerectomía ginecológica, reporte ultrasonográfico, reporte anatomopatológico.

## INTRODUCCION

La primera histerectomía fue realizada por Soranus en la ciudad de Grecia de Efeso hace 17 siglos. De acuerdo con Ricardo Leonardo este procedimiento consistió en remover un útero invertido que estaba gangrenado.(1)

Con la introducción y el avance de la tecnología, mejor instrumentación, anestesia y antisepsia el rango de mortalidad disminuyó rápidamente y por 1886 era aproximadamente de 15%, por 1890 de 10% y por 1910 de 2.5%. Con estos avances hubo incremento en el rango de supervivencia para la histerectomía abdominal.(2,1).

Pasados 50 años con avances en otros aspectos médicos (antibióticos, terapia intravenosa) aumentó la seguridad de la histerectomía con un rango de mortalidad de aproximadamente 1:1000; el descenso de los rangos de mortalidad y de morbilidad fue acompañada por un incremento en la popularidad del procedimiento y un incremento explosivo en el número de operaciones realizadas; tal es el hecho de 15 casos realizados por Burham en España en 23 años, a la situación actual de más de un millón de histerectomías por año en los Estados Unidos.(3,4).

Hace apenas 100 años, rara vez se efectuaba la histerectomía para tratar las enfermedades y aliviar los síntomas ginecológicos. Actualmente es uno de los procedimientos quirúrgicos más utilizados; en los Estados Unidos de Norteamérica, se estima que una de cada tres a cuatro mujeres podrán ser sometidas a esta intervención quirúrgica. La mayoría de las mujeres a las que se les ha practicado histerectomía quedan tan contentas, que cada vez que pueden le recomiendan a sus parientes y amistades que se quiten el útero, sin embargo algunas pueden verse afectadas en aspectos psicológicos, cuando en ellas el símbolo mágico del útero tiene una profunda influencia en la salud física, emocional, sexual y social con repercusión en la autoestima, en estas pacientes fácilmente se encuentra una alteración emocional preexistente.(1,4)

La mortalidad global en la histerectomía varía del 1-2:1000 y las complicaciones incluyendo desde aspectos irrelevantes a graves alcanza hasta el 42%, presentándose con más frecuencia en las histerectomías realizadas por vía abdominal que por vía vaginal. La complicación más frecuente es la fiebre posoperatoria del 15-30% acompañada en varias ocasiones con infecciones leves a severas, le sigue la retención de orina de 5-15% sobre todo en las histerectomías complementadas de colporrafia anterior o de uretrocistopexia. las demás complicaciones, trauma intestinal, vesical, ureteral, vascular, deshicencias, dolor, dispareunia tienen una frecuencia menor al 1%.(5,6,7,8)

La ACOG ha establecido los criterios para la realización de histerectomía la cual depende de la anatomía de la paciente, incluyendo el tamaño uterino y la experiencia del cirujano. La ACOG avoca la histerectomía por miomatosis asintomática asociada con el tamaño uterino comparable con un embarazo mayor de 12 semanas, determinado por examen físico o examen ultrasonográfico.(9,10,6).

Los conocimientos requeridos para formular las indicaciones adecuadas para la histerectomía incluyen, en primer lugar y ante todo, conocer la fisiología y la patología de los órganos reproductivos de la mujer, las manifestaciones clínicas de las enfermedades pélvicas y el desarrollo psicosociosexual normal y anormal, estos conocimientos básicos y completos son las bases absolutas sobre las que se han construido la pirámide del ejercicio de la cirugía ginecológica. Gracias a estos conocimientos podemos decidir que una paciente debe someterse a tratamiento



quirúrgico, recordando que solo son ocasionales los casos ginecológicos que requieren operarse para encontrar alivio. Una vez seleccionada a la paciente adecuada para la operación, debe seleccionarse la técnica correcta para ella. (11,12,13)

La revisión de tejidos y la revisión retrospectiva de expedientes efectuadas con criterios preestablecidos proveen al cirujano mayor experiencia clínica.

La histerectomía total abdominal requiere un poco más de habilidad puesto que hay mayor peligro de lesionar ureteros y vejiga.(14,15,16)

La histerectomía total simple por un trastorno benigno debe ser precedida siempre por un estudio del cuello para descartar neoplasia maligna, por tanto, debe descubrirse en el preoperatorio la presencia de cáncer cervical invasor y si se identifica se tratará de otra manera. Los ciclos breves de antibióticos durante el período perioperatorio han reducido la morbilidad posoperatoria febril después de la histerectomía.(17,18,19,20)

#### Indicaciones:

Las principales son los miomas uterinos los cuales difieren según la edad de la paciente, son los tumores pélvicos más frecuentes y por tanto, causantes de gran número de histerectomías. debiendo considerarse en las pacientes que no desean tener más hijos. La decisión suele basarse en hemorragia uterina anormal, dolor o presión pélvicos. Otras indicaciones son presión uretral o crecimiento después de la menopausia.(21,22,13,16,17,18,19)

Si el útero llega a crecer al tamaño equivalente a doce semanas de gestación o más deberá resecarse, entre los motivos para la cirugía están la incapacidad para palpar los ovarios y que conforme aumenta de tamaño aumenta la morbilidad.

Si se efectúa por vía abdominal, no se encuentra diferencias en la morbilidad quirúrgica entre úteros comparables a doce semanas de gestación y los comparables con un embarazo de 20 semanas.

Las que tienen grandes leiomiomas deben intentar tratarse previamente a fin de reducir el tamaño uterino con un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina(GnRH).

La hemorragia uterina disfuncional contribuye como indicación con el 20% de las histerectomías; se puede controlar con progestágenos, estrógenos, combinación de un progestageno y un estrógeno, anticonceptivos orales o antiinflamatorios no esteroideos(AINES), no requiriendo tratamiento en la mayoría de los casos, a menos que produzca anemia o sea excesiva. En las que tienen mas de 35 años siempre deberán obtenerse biopsia de endometrio antes de la histerectomía; el legrado no es un medio eficaz para controlar la hemorragia. Por tanto, la histerectomía deberá reservarse para las pacientes que no reaccionan o no toleran el tratamiento médico; en pacientes seleccionadas deberán considerarse otras alternativas (por ejemplo supresión o resección endometrial).(23,20,19).

Cerca del 10% de las mujeres adultas quedan incapacitadas hasta 3 días al mes por dismenorrea pudiendo tratarse con AINES aisladamente o en combinación con anticonceptivos orales. Rara vez se requiere histerectomía para tratar la dismenorrea primaria; en las que experimentan dismenorrea secundaria primero debe tratarse el trastorno subyacente (por ejemplo miomas, endometriosis). Solo si fracasa el tratamiento médico o la paciente tiene paridad satisfecha o no desea conservar la fertilidad se considerará la histerectomía.(19,20)

Dolor pélvico: La histerectomía debe efectuarse solo en las pacientes que tienen dolor de origen uterino que no reaccionan a las medidas terapéuticas no quirúrgicas.(19,20)

Antes se efectuaba histerectomía como tratamiento primario en caso de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) . Sin embargo, la profundidad máxima de la displasia a nivel de la unión escamocilíndrica es de 5.2 mm.; 99.7% de las displasias (incluidos en carcinoma in situ) están localizadas dentro de los 3.8 mm de profundidad desde la superficie epitelial, por tanto, para tratar la enfermedad pueden ser eficaces medidas más conservadoras como crioterapia o procedimientos de resección electroquirúrgica con asa diatérmica, lo que en la mayoría vuelve innecesaria la histerectomía; esta última es una opción terapéutica apropiada en displasia recurrente de alto grado

en quien no desea preservar la fertilidad; incluso después de la histerectomía, se encuentran en peligro incrementado de neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA)(5,13,).

La histerectomía por prolapso genital sintomático constituye 15% de las efectuadas en Estados Unidos. a menos que haya un trastorno acompañante que requiera incisión abdominal, la histerectomía vaginal es el acceso preferido para el prolapso genital.

Con el fin de determinar la certeza diagnóstica clínica que originó la indicación de la histerectomía se han realizado estudios previos que correlacionan el diagnóstico preoperatorio, el reporte ultrasonográfico con el diagnóstico definitivo anatomopatológico. (10,14,21,22,23).

Lee en su estudio de 1984 encontró que la edad promedio de las mujeres a las que se les realizó histerectomía fue de 35 años, 41% tenían oclusión tubaria bilateral (OTB) y el porcentaje más alto de diagnóstico preoperatorio fue sangrado uterino anormal. Los diagnósticos se confirmaron en el 61% pero 20% de los especímenes resultaron sin alteración anatómica.(6)

Rosales en su correlación clínica, ultraecsonográfica e histopatológica realizada en 1985 reportó miomatosis uterina como diagnóstico preoperatorio 54%, el error de interpretación por ultrasonido fue el 18% es decir que el porcentaje de aciertos obtenidos por ultrasonido fue del 82%.(14)

Guerra de la Garza en 1995 encontró que el ultrasonido confirmó la miomatosis en un 80.28% y por reporte de patología solo se corroboró en un 62%, por otra parte el ultrasonido mostró un útero sin alteraciones en 28 casos y esto fue sustentado por patología en 20 casos. También en este estudio se refiere las alteraciones menstruales como síntoma predominante en un 80.28%.(10)

Sahagún en el análisis de 1000 histerectomías realizadas en los hospitales del ISSSTE, refiere que los síntomas más frecuentes fueron los trastornos menstruales, el diagnóstico más frecuente fue la miomatosis en 61.2%, y la edad media de las pacientes fue entre 35-45 años.(7)

Rosales Aujang en 1998 refiere que la mayoría de las pacientes tenían entre 35-50 años. El principal motivo de consulta fue la hemorragia uterina anormal, también encontró una deficiente capacidad diagnóstica por los tres métodos ( clínico, ultrasonográfico y quirúrgico ), sin embargo, en el análisis individual encontró aceptable el resultado para el ultrasonido en los casos de miomatosis dentro del rango de lo publicado en la literatura que varía entre 50-100%, correspondiendo el mayor porcentaje de diagnóstico al histopatológico. Es notable la superioridad del ultrasonido sobre la clínica en los casos de tumor de anexo, mientras que en miomatosis es pequeña la diferencia. Los resultados del ultrasonido son malos en hiperplasia endometrial y adenomiosis, en estos casos encontró que el acierto clínico fue mayor aunque no de manera significativa.(24,25).

El objetivo de este trabajo fue determinar el porcentaje de relación que existe entre el diagnóstico clínico, el reporte ultrasonográfico y el anatomopatológico de las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal ginecológica, en el servicio de ginecología del Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo, observacional, el cual se realizó de acuerdo a los datos contenidos en los expedientes clínicos de las pacientes que fueron programadas para histerectomía total abdominal durante el período de enero a diciembre de 1999 en el servicio de ginecología del hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS; posteriormente se procedió a la búsqueda e identificación de los expedientes clínicos requisitando los siguientes datos: 1.- edad, peso y talla, 2.- antecedentes de enfermedad crónica degenerativa y/o quirúrgicos, 3.- antecedentes ginecoobstétricos y causa principal de consulta, 4.- hemoglobina (Hb), citología vaginal, biopsia de endometrio y/o de cérvix, ultrasonido e histerometría, 5.- diagnóstico preoperatorio, volumen de sangrado y complicaciones transquirúrgicas, 6.- días de estancia intrahospitalaria posoperatoria, 7.- en caso de reingreso, causas y días de estancia intrahospitalaria y 8.- reporte escrito original o copia del departamento de patología.

Se excluyeron las pacientes a las que se les realizó histerectomía vaginal obstétrica, subtotal u oncológica, o bien que no contarán con expediente completo; el número total de las pacientes programadas durante 1999 fue de 722 de las cuales se hallaron 512 expedientes en el archivo clínico de éstas 10 pacientes se difirió la cirugía por algún motivo, a 4 pacientes se les realizó histerectomía vaginal reconstructiva, en 3 pacientes la histerectomía fue subtotal por dificultad técnica o sangrado transquirúrgico, en 2 pacientes únicamente se realizó laparotomía exploradora por los hallazgos encontrados durante la cirugía y 29 expedientes no contaron con los datos completos para ser incluidos en este estudio, así que el total de expedientes reunidos fue de 464 sin haber requerido muestra de ellos sino que todos se incluyeron en el estudio. La información fue vertida en la hoja de recolección de datos de manera individual, para después concentrar la información y ser sometida a análisis estadístico de tipo univariado con pruebas de tendencia central y porcentajes. El aspecto ético no es aplicable por ser un estudio de tipo observacional.

Este estudio fue presentado en el Comité Local de Investigación para su análisis y autorización de realización.

## RESULTADOS

El grupo de edad que predominó fue el de 35 a 44 años con un 45.68%, seguido del grupo de 45 a 54 años con un 38.14 % y en tercer lugar el grupo de 25 a 34 años (Figura 1). El 46.33% de las pacientes intervenidas cursaban con sobrepeso, el 28.66% con obesidad y el 25% se encontraban dentro del peso normal (Tabla 1). La mayoría de las pacientes contaban 3 gestas ( 27.37%) seguidas de las gestas 4 en un 18.31% , y de las de 2 en un 15.51%. (Figura 2). El 21.55% tuvieron 2 partos, el 20.25% 3 partos y el 16. 81% ningún parto. (Figura 3). Al 69.39% no se les realizó ninguna cesárea, al 16.37% una y al 7.45% dos cesáreas. (Figura 4). El 59.48% no presentaron ningún aborto, el 25.43 un aborto y un 10.56% 2 abortos. (Figura 5). Al 64.87 pacientes no se les realizó ningún legrado por sangrado uterino anormal, al 21.33% uno y al 10.34% 2 legrados por esta patología. (Tabla 2). 59.48% de las pacientes no presentaron anemia, un 19.61% presentaron Hb entre 10 y 11.9 mg/dL, 13.14% Hb entre 8 y 9.9 mg/dL y 7.74% Hb entre 6 y 7.9 mg/dL. (tabla 3). Las principales indicaciones quirúrgicas para histerectomía en orden de frecuencia fueron miomatosis, miomatosis más distopia genital y miomatosis más quiste de ovario(Figura 6). El índice de correlación entre el diagnóstico clínico y el de patología fue de 73.65, otras patologías se presentaron en un 18.09 y úteros sin alteración anatómica en un 8.28. (tabla 4 y Figuras 7 y 8). El ultrasonido reportó un 86.34% de úteros compatibles con miomatosis y de estos un 73.33% se corroboró por patología. Los diagnósticos anatomopatológicos en orden de frecuencia fueron: miomatosis, adenomiosis e hiperplasia de endometrio. (Tablas 5, 6, 7). De las pacientes cuya indicación quirúrgica fue por lesión de alto grado, su correlación con el reporte de patología fue de 65.95 % y 34.04% fue reportado sin lesión residual o sin alteración anatómica. (tabla 8). Las pérdidas hematológicas transquirúrgicas fueron del orden de menos de 500 ml en un 76.29%, entre 500 y 1,000 ml un 20.90% y sólo en 2.80% tuvieron una pérdida mayor de 1,000 ml.(tabla 9). Las complicaciones transquirúrgicas más frecuentes fueron: lesión a vejiga un 1.07%, lesión a uretero un 0.86%, lesión a intestino un 0.21%, resultando una morbilidad para la histerectomía de 2.29%. (tabla 10). Un 58.40% de las pacientes permanecen hospitalizadas 4 días.16,16% 5días,07.54% 6 días 05.38% 3 días y 03.44% 7 días. (Tabla 11). El porcentaje de reingreso fue de 5.8%, las causas por orden de frecuencia fueron: absceso y dehiscencia de herida quirúrgica, hematoma de cúpula vaginal y dehiscencia de herida quirúrgica sin datos de infección. Las patologías más frecuentemente reportadas como diagnóstico definitivo fueron: miomatosis 32,75%, miomatosis más adenomiosis 24.35% y adenomiosis 14.00%, también se reportaron úteros sin alteración anatómica 09.05%. (Tabla 13).

## DISCUSIÓN

La edad resultante en este estudio es semejante a otro reporte. Esto se debe a que en este rango son mas frecuentes los síntomas que motivan la consulta y deciden este tipo de cirugía.

Referente a la indicación más frecuente que representa la miomatosis uterina, se ha caído en un “abuso” diagnóstico y terapéutico ayudado por el ultrasonido que alarma a las pacientes y sensibiliza a los cirujanos para decidir la conducta quirúrgica. El valor diagnóstico del ultrasonido esta sujeto a la interpretación del factor humano que determina la mayor o menor confiabilidad de este recurso.

En la actualidad la indicación de la histerectomía está integrada por patología mixta, NIC II – NIC III, ademoniosis, endometriosis e hiperplasias atípicas.

El tamaño del útero no siempre tiene una relación directa con la histerectomía, cada vez se extirpan úteros más pequeños con patología diferente a la miomatosis. Lo que abre la expectativa para el uso de métodos poco invasivos como laparoscopia quirúrgica.

## CONCLUSIONES

- 1.- La histerectomía total abdominal continua siendo el procedimiento quirúrgico más importante en ginecología.
- 2.- La correlación ultrasonográfica-histopatológica en la miomatosis uterina es adecuada.
- 3.- El diagnóstico más frecuente reportado por patología fue el de miomatosis uterina.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Vessey M. Villard L. Mcpherson K Coulter A. Yeates D. The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. *B J of Obstet and Gynaecol.* 1992, 99:402-7.
- 2.- Desforges JF. Indications for hysterectomy. *N England J Med.* 1993,328;12:856-61.
- 3.- Reiter RC. Gambone JC. Lench JB. Appropriateness of hysterectomies performed for multiple preoperative indications. *Obstet Gynecol* 1992, 80:902-5.
- 4.- Cantuaria GH. Angioli R. Frost L. Duncan R. Penalver M. Comparison of bimanual examination with ultrasound examination before hysterectomy for uterine leiomyoma. *Obstet Gynecol* 1998;92:109-12.
- 5.- Dekel A. Farhi J. Levy T. Orvieto R. Shalev Y. Dicker D. Bar-Hava I. Ben-Rafael Z. Pre-operative ultrasonographic evaluation of non gravid, enlarged uterine correlation with bimanual examination. *Eur J of Obstet Gynecol and Reprod Biol* 80 1998,205-7.
- 6.-Lee NC. Dicker RC. Rubin GL . Ory HW. Confirmation of the preoperative diagnoses for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* ,1984; 150: 283-7.
- 7.- Sahagun JA. Perez JC. Cherem B. Porras E. Análisis de 1,000 histerectomías. simplificadas técnicas y reflexiones. hospitales del ISSSTE. *Ginec Obst Mex* 1994; 62:35-9.
- 8.- Carlson KJ. Miller BA. Fowler, JR, . The maine women´s health study: I. outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 556-65.
- 9.- Platt JF. Bree RL. Davidson D. Ultrasound of the normal non gravid uterus: correlation with gross and histopathology. *J Clin Ultrasound* . 1990; January, 18:15-19.
- 10.- Guerra A. Cuenca H. Herrera T. Valor diagnóstico del ultrasonido en miomatosis uterina. *Ginec Obst Mex* 1991; 59: 279-282.
- 11.- Bbickell NA. Earp J. Evans A. Bernstein S. A matter of opinion about hysterectomies: experts´ and practicing community gynecologists ratings of appropriateness. *Am J Public Health* 1995; 85: 1125-1128.
- 12.- Hillis SD. Marchbanks PA. Peterson HB. Uterine size and risk of complications among women undergoing abdominal hysterectomy for leiomyomas. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 539-43.
- 13.- Ravnikar V. Chen E. Hysterectomies where are the indications? *Obstet and Gynecol Clinics North American.* 1994;21:405-411.
- 14.- Rosales G. Magaña M. Correlación clínica, ultrasonográfica e histopatológica en ginecología. *Gin Obst Mex* 1985;253-255.

- 15.- Wingo PA. Huerdo C. Rubin GL. Ory HW. Peterson HB. The mortality risk associated with hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1985; 152:803-8.
- 16.- Hillis SD. Marchbanks PA. Peterson HB. Clinical and pathologic characteristics of women undergoing hysterectomy after tubal sterilization. *Obstet Gynecol* 1996;88:246-50.
- 17.- Friedman AJ. Haas S. Should uterine size be an indication for surgical intervention in women with myomas? *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:751-5.
- 18.- Cramer SF. Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. *Am J Clin Pathol* 1990;94:435-38.
- 19.- Swayne L. Love M. Karasick S. Pelvic inflammatory disease: Sonographic-pathologic correlation. *Radiology* 1984; 151: 751-755.
- 20.- Gómez P. Silvestre P. Bonilla M. et al. Dolor pélvico crónico en la mujer. *Rev Col Obstet Ginecol.* 1994;45:27-32.
- 21.- Fernández del Castillo C. Histerectomía Ginecológica. Conceptos actuales. *Ginec Obst Mex.* 1999; 67, Agosto : 349-52.
- 22.- Broder M, Kanouse D. Mittman B. Bernstein S. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 199-205.
- 23.- Kee M. Burnett M. Faught W. Does persistent postmenopausal bleeding justify hysterectomy. *Eur J Gynec Oncol.* 1996;august: 26-28.
- 24.- Rosales E. Jaime M. Valor real del ultrasonido en ginecología. *Ginec Obst Mex.* 1998;66:93-96.
- 25.- Burbano E. Sonohisterografía un recurso diagnóstico en pacientes con hemorragia uterina anormal. *Rev Col Obstet Ginecol.* 1998;49, 3:169-172.



**ANEXO 1**  
**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS**

**FECHA** \_\_\_\_\_ **CASO No.** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **CEDULA** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_ años  
**GESTAS** \_\_\_\_\_ **PARA** \_\_\_\_\_ **ABORTOS** \_\_\_\_\_ **CESAREAS** \_\_\_\_\_ **ECTOPICO** \_\_\_\_\_

**PESO** \_\_\_\_\_ **Kg.** **TALLA** \_\_\_\_\_ **m.** **IMC** \_\_\_\_\_  
**DIABETES:** **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_  
**HIPERTENSION ARTERIAL:** **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_  
**OTRA ENFERMEDAD CRÓNICA:** \_\_\_\_\_  
**QUIRURGICOS (CUALES):** \_\_\_\_\_ **OTB** \_\_\_\_\_

**TRASTORNOS MENSTRUALES** \_\_\_\_\_ **LEGRADOS** \_\_\_\_\_  
**DISMENORREA** **SI** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

**HISTEROMETRIA** \_\_\_\_\_ **cm.** **Cavidad uterina** \_\_\_\_\_

**HEMOGLOBINA** \_\_\_\_\_ **g/dl.**  
**EXUDADO CERVICOVAGINAL** \_\_\_\_\_  
**CITOLOGIA CERVICOVAGINAL** (-) (+) **CLASE** \_\_\_\_\_  
**BIOPSIA DE ENDOMETRIO** \_\_\_\_\_  
**BIOPSIA DE CERVIX** \_\_\_\_\_  
**USG:**  
**MEDIDAS** \_\_\_\_\_ **mm** **BORDES** \_\_\_\_\_ **MIOMETRIO** \_\_\_\_\_  
**ECO MEDIO** \_\_\_\_\_ **mm** **Anexos** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:** \_\_\_\_\_  
**DIAGNOSTICO POSOPERATORIO:** \_\_\_\_\_  
**CORRELACION:** **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**CIRUGIA REALIZADA** \_\_\_\_\_  
**CIRUGIA ASOCIADA** \_\_\_\_\_  
**SANGRADO:** \_\_\_\_\_ **cc.**  
**COMPLICACIONES TransQxs** \_\_\_\_\_

**REPORTE** \_\_\_\_\_  
**ANATOMO-** \_\_\_\_\_  
**PATOLÓGICO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

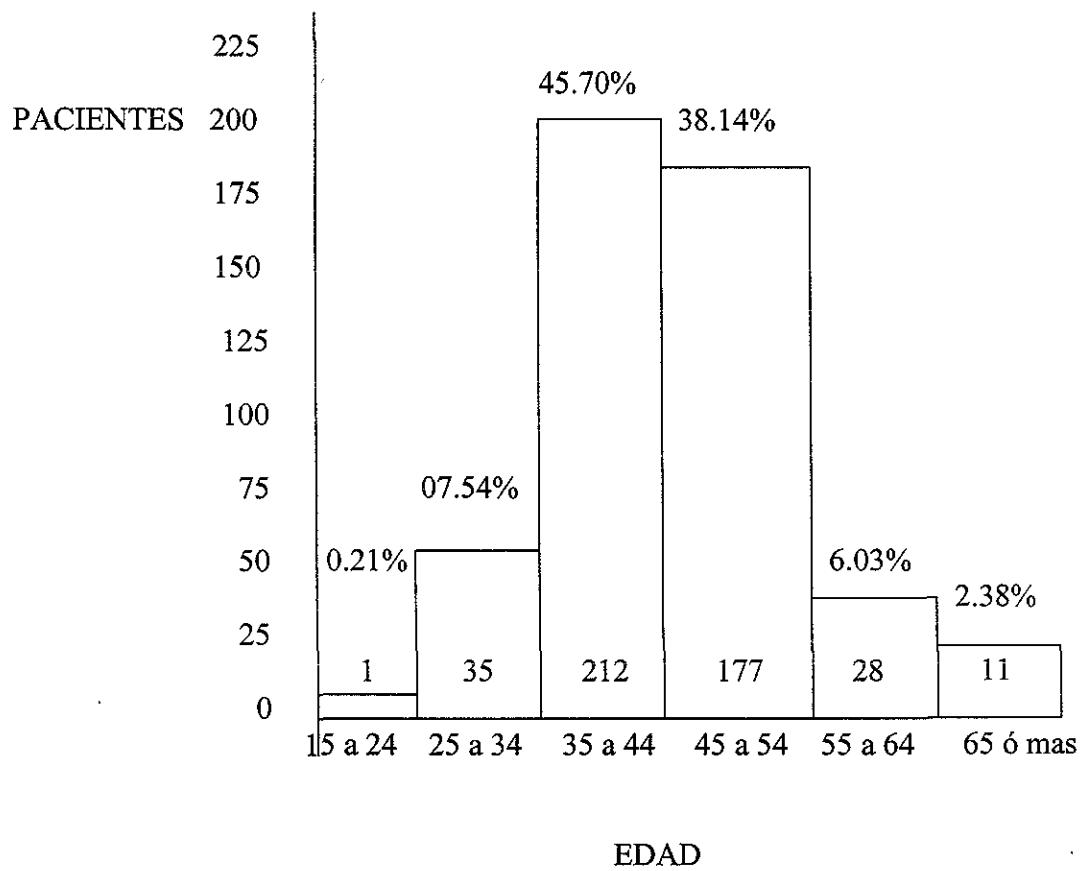
**CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA:** **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**EVOLUCION POSOPERATORIA** \_\_\_\_\_ **DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA** \_\_\_\_\_

**DIAS REINGRESO** \_\_\_\_\_ **CAUSA:**  
**SX FEBRIL** \_\_\_\_\_ **HEMORRAGIA** \_\_\_\_\_ **INFECCIÓN** \_\_\_\_\_ **DEHISCENCIA DE Hx. Qx.** \_\_\_\_\_  
**HEMATOMA DE Hx. Qx.** \_\_\_\_\_ **EVENTRACION** \_\_\_\_\_  
**OTRAS** \_\_\_\_\_

**Figura 1**

**Grupos de Edad**



Fuente: Hoja de recolección de datos (Zavala M. José).

**Tabla 1**

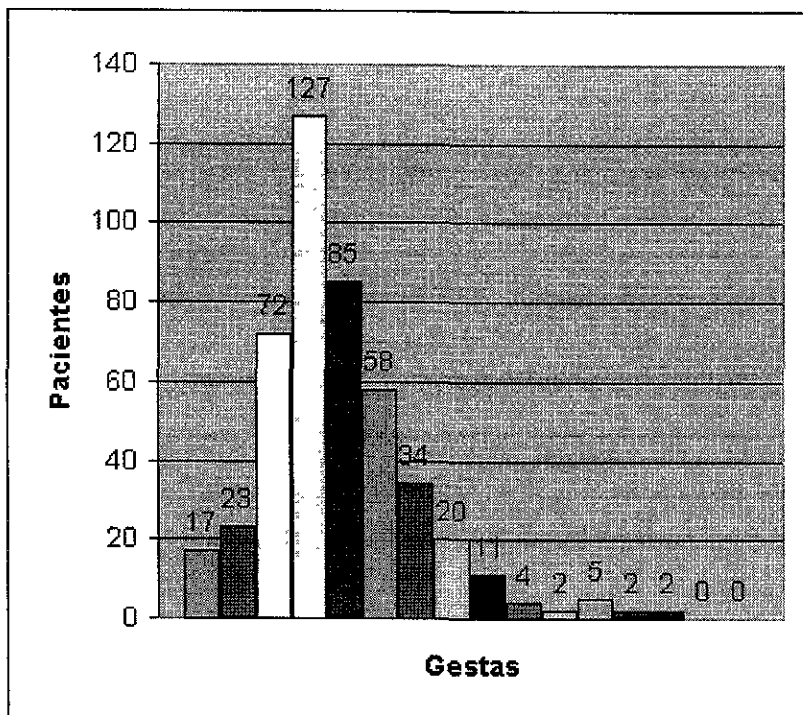
Peso de las pacientes sometidas a Histerectomía Total Abdominal

| <b>Clasificación</b> | <b>N° de Pacientes</b> | <b>Porcentaje</b> |
|----------------------|------------------------|-------------------|
| Peso ideal           | 116                    | 25.01             |
| Sobre peso           | 215                    | 46.33             |
| Obesidad             | 133                    | 28.66             |
| Total                | 464                    | 100.00%           |

Fuente: Hoja de recolección de datos (Zavala M. José)

**Figura 2**

Distribución de gestas en las pacientes que se les realizó histerectomía total abdominal.

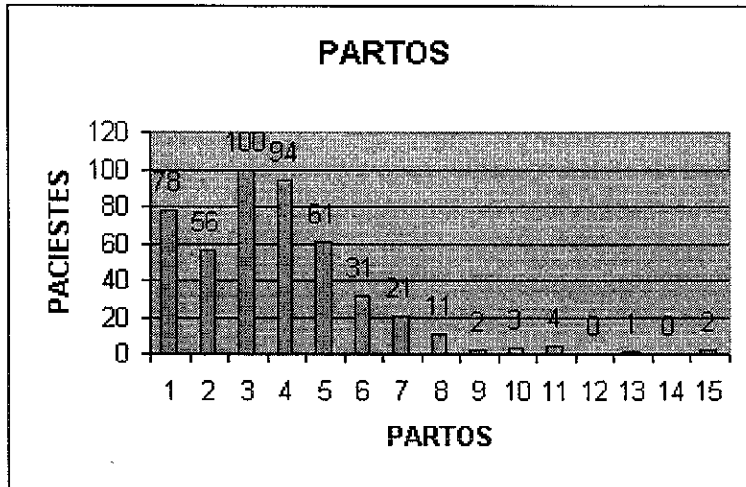


| Gestas        | Pacientes  | %             |
|---------------|------------|---------------|
| 0             | 17         | 3.66          |
| 1             | 23         | 4.95          |
| 2             | 72         | 15.51         |
| 3             | 127        | 27.37         |
| 4             | 85         | 18.37         |
| 5             | 58         | 12.50         |
| 6             | 34         | 07.32         |
| 7             | 20         | 04.31         |
| 8             | 11         | 02.37         |
| 9             | 4          | 00.86         |
| 10            | 2          | 00.43         |
| 11            | 5          | 01.07         |
| 12            | 2          | 00.43         |
| 13            | 2          | 00.43         |
| 14            | 1          | 00.21         |
| 15            | 1          | 00.21         |
| <b>TOTAL:</b> | <b>464</b> | <b>100.00</b> |

Fuente: Hojas de recolección de datos (Zavala M. José)

**Figura 3**

Distribución de partos en las pacientes a las que se le realizó histerectomía.

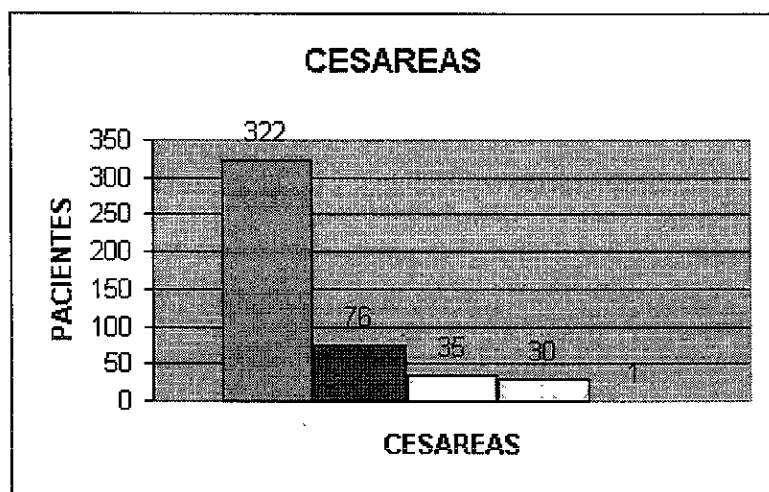


| PARTOS        | PACIENTES  | %              |
|---------------|------------|----------------|
| 0             | 78         | 16.86          |
| 1             | 56         | 12.06          |
| 2             | 100        | 21.55          |
| 3             | 94         | 20.25          |
| 4             | 61         | 13.14          |
| 5             | 31         | 06.68          |
| 6             | 21         | 04.52          |
| 7             | 11         | 02.37          |
| 8             | 2          | 00.43          |
| 9             | 3          | 00.64          |
| 10            | 4          | 00.86          |
| 11            | 0          | 0              |
| 12            | 1          | 00.21          |
| 13            | 0          | 0              |
| 14            | 2          | 00.43          |
| <b>TOTAL:</b> | <b>464</b> | <b>100.00%</b> |

Fuente: Hojas de recolección de datos ( Zavala M. José)

**Figura 4**

Distribución de cesáreas en pacientes a las que se le realizó histerectomía.

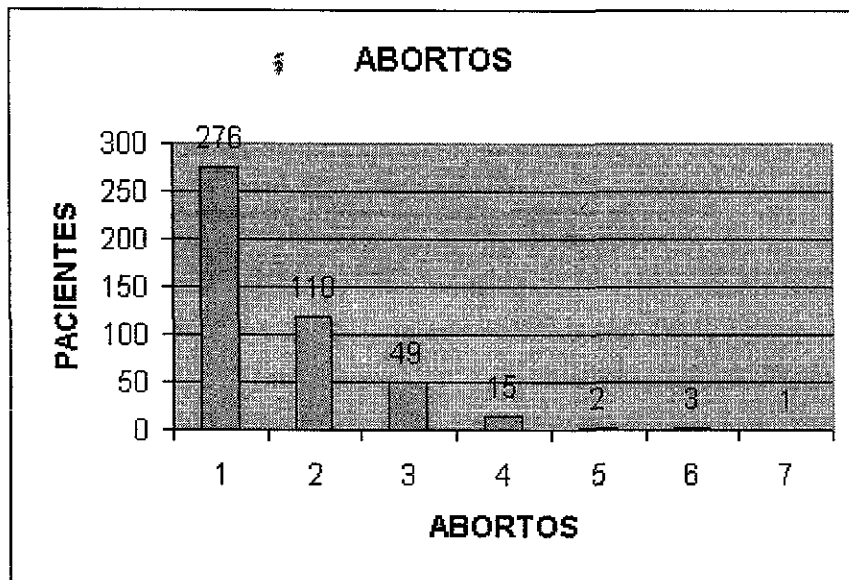


| No. Cesáreas      | Pacientes | %               |
|-------------------|-----------|-----------------|
| 0                 | 322       | 69.39           |
| 1                 | 76        | 16.37           |
| 2                 | 35        | 07.57           |
| 3                 | 30        | 06.46           |
| 4                 | 1         | 00.21           |
| <b>TOTAL: 464</b> |           | <b>100.00 %</b> |

Fuente: Hojas de recolección de datos ( Zavala M. José)

**Figura 5**

Distribución de abortos en pacientes a las que se les realizó histerectomía.



| ABORTOS       | PACIENTES  | %              |
|---------------|------------|----------------|
| 0             | 276        | 59.50          |
| 1             | 118        | 25.43          |
| 2             | 49         | 10.56          |
| 3             | 15         | 03.23          |
| 4             | 2          | 00.43          |
| 5             | 3          | 00.64          |
| 6             | 1          | 00.21          |
| <b>TOTAL:</b> | <b>464</b> | <b>100.00%</b> |

Fuente: Hojas de recolección de datos ( Zavala M. José)

**Tabla 2**

Legrados realizados por sangrado uterino anormal

| <b>Legrados realizados</b> | <b>Número de pacientes</b> | <b>Porcentajes %</b> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| 0                          | 301                        | 64.89                |
| 1                          | 99                         | 21.33                |
| 2                          | 48                         | 10.34                |
| 3                          | 11                         | 02.37                |
| 4                          | 4                          | 00.86                |
| 5                          | 0                          | 0                    |
| 6                          | 1                          | 00.21                |
| Total                      | 464                        | 100.00%              |

**Tabla 3**

Valores Hematológicos (Hb) de ingreso al hospital

| <b>Valores Hb / dL</b> | <b>Número de pacientes</b> | <b>Porcentajes %</b> |
|------------------------|----------------------------|----------------------|
| menos de 6             | 9                          | 01.96                |
| 6-7.9                  | 27                         | 05.81                |
| 8-9.9                  | 61                         | 13.14                |
| 10-11.9                | 91                         | 19.61                |
| 12 o más               | 276                        | 59.48                |
| Total                  | 464                        | 100.00%              |

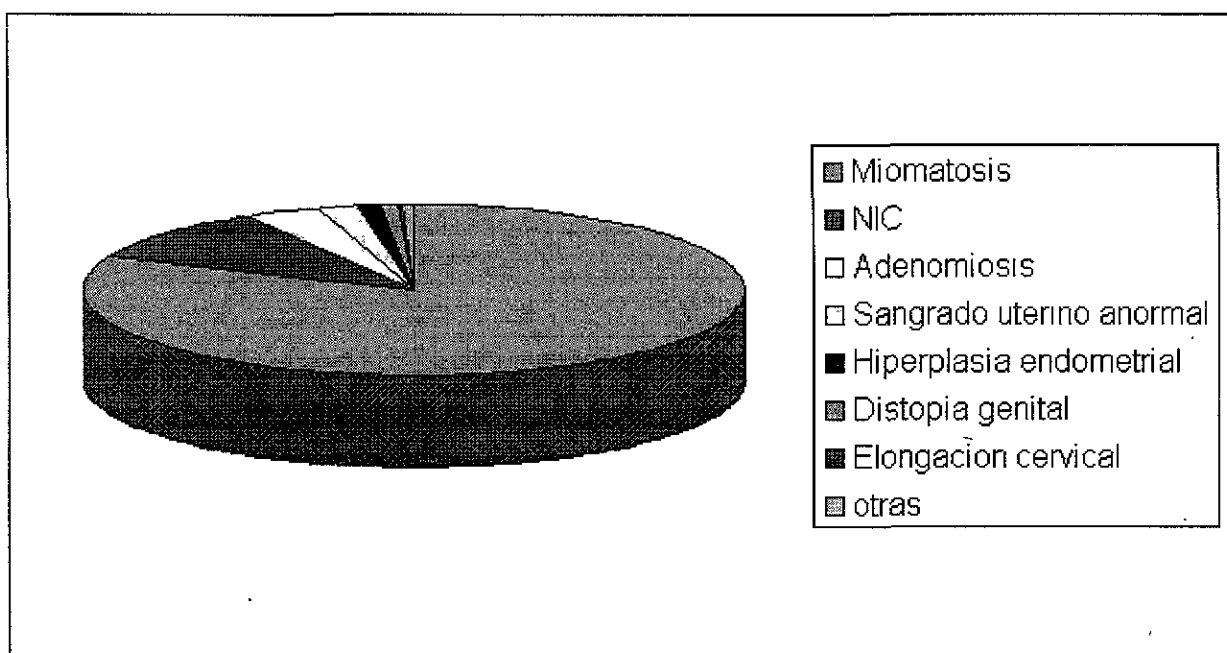
Fuente: Hojas de recolección de datos ( Zavala M. José)



**Figura 6**

Distribución de los diagnósticos preoperatorios para Histerectomía Total Abdominal durante 1999.

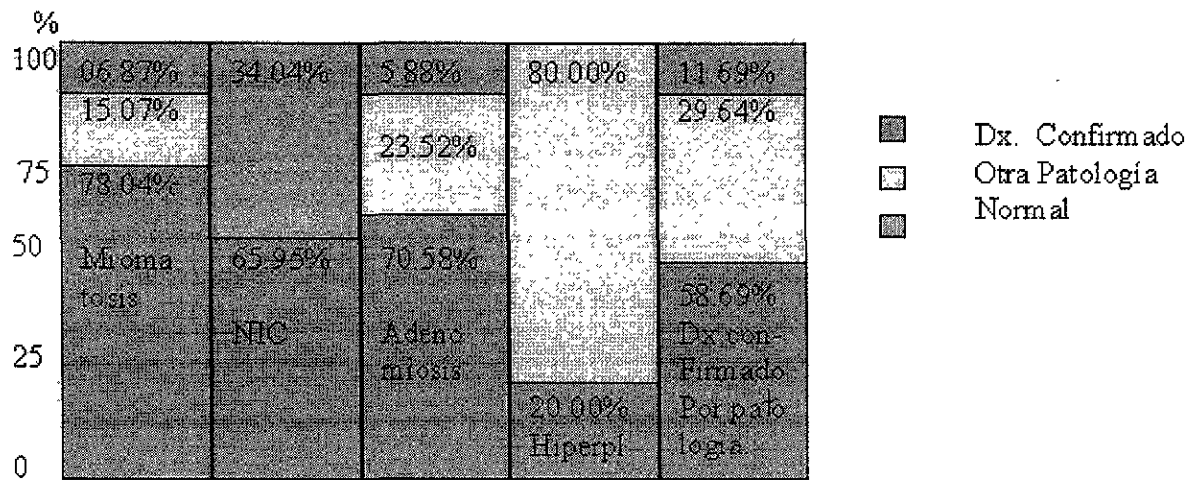
|                          |                |
|--------------------------|----------------|
| Miomatosis               | 81.46%         |
| NIC                      | 10.12%         |
| Adenomiosis              | 03.66%         |
| Sangrado uterino anormal | 01.97%         |
| Hiperplasia endometrial  | 01.07%         |
| Distopia genital         | 00.86%         |
| Elongacion cervical      | 00.43%         |
| otras                    | 00.43%         |
| <b>TOTAL: 464</b>        | <b>100.00%</b> |



Fuente: Hojas de recolección de datos ( Zavala M. José)

**Figura 7**

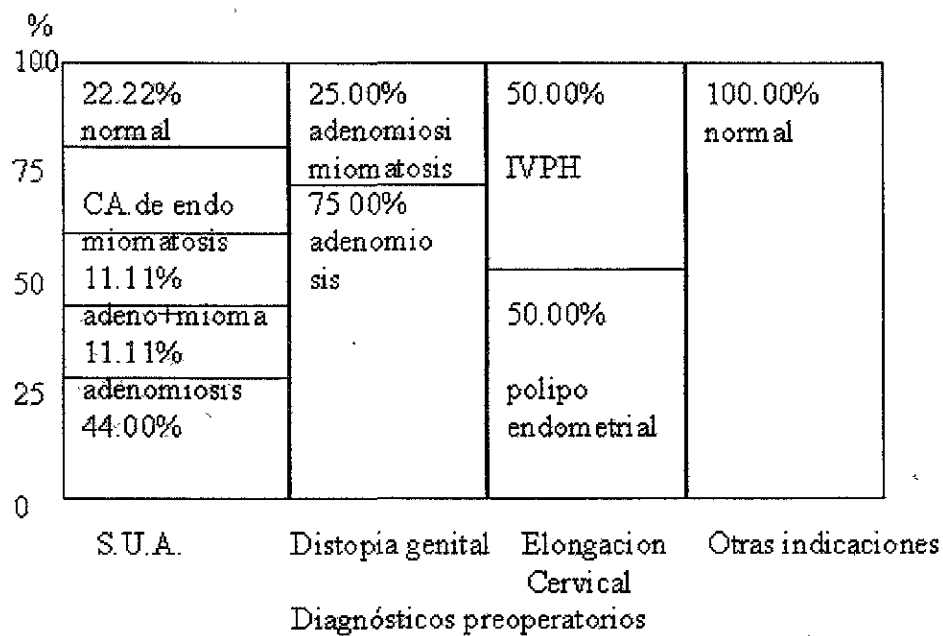
Porcentaje de diagnósticos preoperatorios potencialmente confirmable por patología



Diagnósticos Preoperatorios.

**Figura 8**

Patología que con mayor frecuencia se presentó en los procesos quirúrgicos con diagnósticos potencialmente no confirmables por patología.



Fuente: hoja de recolección de datos.

**Tabla 4**

Correlación entre el diagnóstico preoperatorio y el reporte de patología

| Indicación quirúrgica             | Diagnóstico corroborado | Porcentaje    | Diagnóstico descartado | Otra Patología | Sano              | Total      |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------|------------------------|----------------|-------------------|------------|
| Miomatosis sin patología agregada | 232                     | 73.65%        | 57                     | 0              | 26                | 315        |
| Miomatosis más adenomiosis        | 3                       | 75.00%        | 1                      | 0              | 0                 | 4          |
| Miomatosis más Hiperplasia        | 2                       | 66.66%        | 1                      | 0              | 0                 | 3          |
| Miomatosis más Displasia cervical | 1                       | 50.00%        | 0                      | 1              | 0                 | 2          |
| Miomatosis más quiste de ovario   | 10                      | 76.92%        | 0                      | 0              | 3                 | 13         |
| Miomatosis más distopia genital   | 32                      | 78.04%        | 0                      | 6              | 3                 | 41         |
| Adenomiosis                       | 12                      | 70.58%        | 0                      | 4              | 1                 | 17         |
| NIC                               | 31                      | 65.95%        | 16                     | 0              | 0                 | 47         |
| Hiperplasia Endometrial           | 1                       | 20.00%        | 0                      | 4              | 0                 | 5          |
| Sangrado Uterino Anormal          | 7                       | 77.77%        | 0                      | 0              | 2                 | 9          |
| Prolapso Genital                  | 4                       | 100.00%       | 0                      | 0              | 0                 | 4          |
| Elongación Cervical               | 2                       | 100.00%       | 0                      | 0              | 0                 | 2          |
| Otras                             | 0                       | 0.00%         | 0                      | 0              | 2                 | 2          |
| <b>Total</b>                      | <b>337</b>              | <b>72.62%</b> | <b>75</b>              | <b>15</b>      | <b>37 / 7.94%</b> | <b>464</b> |

Fuente: Hojas de recolección de datos ( Zavala M. José)

**Tabla 5**

Reporte de ultrasonido

| Reporte                    | Número de casos | Porcentajes % |
|----------------------------|-----------------|---------------|
| Compatible con miomatosis. | 272             | 86.35         |
| Compatible con útero sano  | 43              | 13.65         |
| Total *                    | 315             | 100.00%       |

**Tabla 6**

Correlación entre ultrasonido y reporte de patología

| Reporte de patología                      | Número de casos | Porcentajes % |
|---|-----------------|---------------|
| Se corroboró el diagnóstico por patología | 231             | 73.33         |
| No se corroboró Miomatosis por patología  | 84              | 26.67         |
| Total *                                   | 315             | 100.00%       |

\* No se incluyeron para esta correlación la NIC, ya que en esta patología no se considera necesario solicitar ultrasonido.

**Tabla 7**

Correlación ultrasonido- Patología

| Reporte de Ultrasonido | Miomatosis | Adenomiosis | Hiperplasia | Polipo | Sano | Porcentajes |
|------------------------|------------|-------------|-------------|--------|------|-------------|
| Alterado 272           | 213        | 37          | 6           | 1      | 15   | 86.35%      |
| Sano 43                | 18         | 10          | 3           | 2      | 10   | 13.65%      |
| Total 315*             | 231        | 47          | 9           | 3      | 25   | 100%        |

**Tabla 8**

Correlación Citocolposcópica-Histopatológica

| <b>Neoplasia intraepitelial Cervical</b> | <b>Casos</b> | <b>Porcentajes<br/>%</b> |
|--|--------------|--------------------------|
| Reporte de patología positivo            | 31           | 65.95                    |
| Sin lesión o displasia                   | 16           | 34.05                    |
| Total *                                  | 47           | 100.00%                  |

Fuente: Hojas de recolección de datos ( Zavala M. José)

**Tabla 9**

Valoración del sangrado transquirúrgico

| <b>Perdida Sanguínea</b> | <b>Casos</b> | <b>Porcentajes %</b> |
|--------------------------|--------------|----------------------|
| menos de 500 ml.         | 354          | 76.30                |
| 500 y 1,000 ml.          | 097          | 20.90                |
| mas de 1,000 ml.         | 013          | 02.80                |
| <b>Total</b>             | <b>464</b>   | <b>100.00%</b>       |

**Tabla 10**

Morbilidad operatoria de la Histerectomía

| <b>Complicaciones Transquirúrgicas</b> | <b>Casos</b> | <b>Porcentajes %</b> |
|--|--------------|----------------------|
| Lesión de vejiga                       | 5            | 1.07                 |
| Lesión de uretero                      | 4            | 0.86                 |
| Lesión de intestino                    | 1            | 0.21                 |
| Hematoma de cúpula y peritoneo         | 1            | 0.21                 |
| <b>Total</b>                           | <b>11</b>    | <b>02.35%</b>        |

Total pacientes = 464

Fuente: Hoja de recolección de datos (Zavala M. José)

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

**Tabla 11**

Días de estancia intrahospitalaria de pacientes operadas de histerectomía.

| Días de EIH<br>Número de<br>pacientes<br>Días de<br>estancia | Número<br>de<br>Pacientes | Porcentajes<br>% |
|--|---------------------------|------------------|
| 3  | 25                        | 05.38            |
| 4  | 271                       | 58.47            |
| 5  | 75                        | 16.16            |
| 6  | 35                        | 07.54            |
| 7  | 16                        | 03.44            |
| 8  | 12                        | 02.58            |
| 9  | 6                         | 01.29            |
| 10   | 4                         | 00.86            |
| 11   | 6                         | 01.29            |
| 12   | 3                         | 00.64            |
| 13   | 7                         | 01.51            |
| 17   | 1                         | 00.21            |
| *19  | 1                         | 00.21            |
| **20   | 1                         | 00.21            |
| ***23  | 1                         | 00.21            |
| Total  | 464                       | 100.00%          |

\*Dehiscencia de herida quirúrgica durante su estancia.

\*\*Por sangrado trans Qx de 4,800 ml (adenocarcinoma de endometrio).

\*\*\*Por LAPE post a HTA (Hemoperitoneo) (adenocarcinoma de endometrio).

Fuente: Hoja de recolección de datos (Zavala M. José)

**Tabla 12**

Diagnósticos de reingreso de las pacientes posoperadas de Histerectomía Total abdominal.

| <b>Diagnósticos de reingreso</b>                         | <b>Número de pacientes</b> | <b>Días de estancia</b> |
|--|----------------------------|-------------------------|
| Dolor de herida quirúrgica                               |                            |                         |
| Seroma de herida quirúrgica                              | 1                          | 3                       |
| Hematoma de herida quirúrgica                            |                            |                         |
| Dehiscencia de herida quirúrgica                         | 3                          | 8                       |
| Absceso de pared y dehiscencia de herida quirúrgica      | 6                          | 7                       |
| Eventración  | 1                          | 6                       |
| Hematoma de cúpula                                       | 4                          | 4                       |
| Hematoma de cúpula descartado                            | 2                          | 5                       |
| Absceso de cúpula  | 2                          | 7                       |
| Estenosis uretrovesical                                  | 1                          | 5                       |
| Corrección de hipercorrección uretrovesical              | 1                          | 5                       |
| Infección de vías urinarias                              | 2                          | 5                       |
| Fiebre (absceso de pared descartado)                     | 1                          | 5                       |
| Dermatitis en glúteo                                     | 1                          | 3                       |
| GEPI más absceso descartado                              | 1                          | 5                       |
| Trombosis de MPI   | 1                          | 4                       |
| Total  | 27                         | 5.14                    |
| Porcentaje de reingresos del total de pacientes operadas |                            | 5.80%                   |

Fuente: Hoja de recolección de datos (Zavala M. José)



**Tabla 13**

**Hallazgos Anatomopatológicos de la Histerectomía Total Abdominal**

| <b>Reporte Anatomopatológico</b>         | <b>Indicación quirúrgica por Patología Benigna</b> | <b>Indicación quirúrgica por NIC</b> | <b>Total</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|--|--------------------------------------|--------------|-------------------|
| Miomatosis                               | 149  | 3                                    | 152          | 32.75%            |
| Miomatosis Cervical                      | 2  | 1                                    | 3            | 0.64%             |
| Miomatosis más VPH                       | 4  | 0                                    | 4            | 0.86%             |
| Miomatosis más NIC III                   | 1  | 0                                    | 1            | 0.21%             |
| Miomatosis más Pólipo Endometrial        | 8  | 0                                    | 8            | 1.70%             |
| Miomatosis más Hiperplasia               | 2  | 0                                    | 2            | 0.43%             |
| Miomatosis más Adenomiosis               | 110  | 2                                    | 112          | 24.13%            |
| Miomatosis más Adenomiosis más VPH       | 2  | 0                                    | 2            | 43.00%            |
| Adenomiosis                              | 62   | 3                                    | 65           | 14.00%            |
| Adenomiosis más VPH                      | 2  | 1                                    | 3            | 0.64%             |
| Adenomiosis más Hiperplasia              | 7  | 0                                    | 7            | 1.56%             |
| Adenomiosis más Pólipo                   | 4  | 1                                    | 5            | 1.07%             |
| Pólipo Endometrial                       | 6  | 1                                    | 7            | 1.56%             |
| Miomatosis más Adenomiosis más Pólipo    | 10   | 0                                    | 10           | 2.15%             |
| Hiperplasia Simple sin Atipia            | 5  | 0                                    | 5            | 1.07%             |
| Hiperplasia Simple sin Atipia más Pólipo | 2  | 0                                    | 2            | 0.43%             |
| Lesión de bajo grado más VPH             | 0  | 2                                    | 2            | 0.43%             |
| Lesión de alto grado más VPH             | 1  | 27                                   | 28           | 6.03%             |
| Cáncer de Endometrio                     | 3  | 1                                    | 4            | 0.86%             |
| Sano                                     | 37   | 5                                    | 42           | 9.05%             |
| <b>TOTAL</b>                             | <b>417</b>   | <b>47</b>                            | <b>464</b>   | <b>100.00%</b>    |

Fuente: Hoja de recolección de datos (Zavala M. José)