

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL DE LA MUJER
SECRETARIA DE SALUD



[Handwritten signature]

CORRELACION CLINICA, ULTRASONIOGRAFICA E HISTOPATOLOGICA DE MIOMATOSIS UTERINA
HOSPITAL DE LA MUJER DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1997

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DR. MARTIN CARLOS HERNANDEZ BECERRA

ASESOR

DR. ANTONIO PEREZ ALVARADO

MEXICO, D. F. AGOSTO 2000



256715



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.

DEDICATORIA

A MIS HIJOS CARLITOS Y MARTHA ELENA,
QUE SON LA ENERGIA QUE INVADA TODO MI SER,
Y QUE MOTIVA A MI VIDA A SEGUIR ADELANTE,
LOS AMO.

AGRADECIMIENTOS

- A DIOS POR HABERME DADO VIDA PARA REALIZAR ESTE SUEÑO.
- A MI MAMÁ, POR SU AMOR INCONDICIONAL.
- A MI PAPÁ , EN SU MEMORIA , POR ENSEÑARME A SER FUERTE EN LA VIDA.
- A MI ABUELITO, QUE SIEMPRE HA SIDO MI EJEMPLO DE SUPERACION.
- A MI HERMANA JUANITA Y MA. ELENA, POR SU CARIÑO Y APOYO.
- A MI HERMANO JAVIER, EL CUAL RESPETO Y ADMIRO.
- A LULÚ, POR LOS MOMENTOS COMPARTIDOS DE DICHA Y AMOR.
- A MIS MAESTROS Y ESPECIALMENTE AL DR. ANTONIO PÉREZ ALVARADO Y DR. ESTEBAN GARCÍA RODRÍGUEZ, POR ENSEÑARME EL ARTE DE LA CIRUGIA GINECOLOGICA.
- A MIS PACIENTES QUE CONFIARON EN MI Y PERMITIERON MI DESARROLLO ACADÉMICO.
- A MIS COMPAÑEROS, DE LOS CUALES ME LLEVO UN BONITO RECUERDO.
- A SILVIA, POR SU PACIENCIA Y CARIÑO.
- A CHAYITO Y ANDREA, POR SER TAN LINDAS Y BUENAS PERSONAS.

INDICE

INTRODUCCION	6
DEFINICION	9
EPIDEMIOLOGIA	9
ANATOMIA PATOLOGICA	10
CUADRO CLINICO	11
RECURSOS DIAGNOSTICOS	13
ULTRASONOGRAFIA	13
RESONANCIA MAGNETICA	15
HISTEROSCOPIA	16
INDICACIONES DE TRATAMIENTO	16
COMPLICACIONES	18
TRATAMIENTO MEDICO	19
TRATAMIENTO ESPECTANTE	19
PROGESTAGENOS Y ANDROGENOS	20
ANALOGOS DE GnRH	20

TRATAMIENTO COADYUVANTE	21
TRATAMIENTO QUIRURGICO	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
HIPOTESIS	23
OBJETIVOS	24
JUSTIFICACION	25
MATERIAL Y METODOS	26
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	26
ANALISIS ESTADISTICO	27
RESULTADOS	28
DISCUSION	36
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFIA	39

INTRODUCCION

Los fibroadenomas o leiomiomas uterinos son los tumores más frecuentes (benignos) de la porción superior del aparato genital femenino. Los miomas aparecen en casi el 20 a 50% de las mujeres, dependiendo de la edad, raza y método de estudio (3).

Sin embargo, se desconocen las cifras reales de prevalencia debido a que la mayor parte de ellos son asintomáticos (más del 50% de los casos). Se sabe que las mujeres en edad reproductiva tienen la más alta incidencia de leiomiomas. Son de 3 a 9 veces más frecuentes en la raza negra que en la raza blanca y con crecimiento más rápido en el primer grupo por lo tanto las intervenciones médicas son con mayor frecuencia en la raza negra (3-14).

Los miomas uterinos son un problema de salud pública; sin embargo, se carece de estudios epidemiológicos sólidos. Además nunca se ha establecido la recurrencia real de la miomatosis uterina tratada médica o quirúrgicamente (30).

En un estudio de cortes macroscópicos seriados a intervalos pequeños como recurso auxiliar del procesamiento sistemático de patología de 100 piezas consecutivas de histerectomía total abdominal se triplico el número de miomas que normalmente se encuentran en informes sistematizados de estudios histopatológicos (3,30).

La ultrasonografía transabdominal y endovaginal es la técnica estándar para la detección de leiomiomas cuyos criterios diagnósticos están bien descritos. En general la ultrasonografía no permite clasificar con precisión los leiomiomas. Los tumores

pequeños de menos de 2 cm, suelen pasar inadvertidos. Además los leiomiomas pueden simular tumoración anexial, útero doble o en retroversión, adenomiosis focal o incluso partes fetales calcificadas (13). El uso de técnicas endovaginales con transductores de mayor frecuencia a mejorado la capacidad de detección de miomas (10). Cuando el útero es grande o se encuentra en retroversión, sus porciones más fúndicas pudieran quedar fuera de la zona focal del transductor endovaginal (3).

La ultrasonografía es imprecisa en la identificación de miomas pediculados, que se extiende hacia el ligamento ancho y en la diferenciación entre mioma y leiomiosarcoma (9). Este procedimiento no es un recurso eficaz en los casos de pacientes con obesidad o retroversión uterina. Hoy en día existe la ultrasonografía tridimensional la cual es prometedora como recurso diagnóstico (10). Y todavía con mayor precisión la resonancia magnética que nos permite tener una imagen más clara y la localización de los miomas uterinos; permitiendonos calcular facilmente el volumen uterino total y cada uno de los miomas, con un tamaño menor de 0.3 cm (13). Es importante señalar que los leiomiomas son asintomáticos en más del 50% de los casos, pero cuando se presenta sintomatología ésta se caracteriza por hemorragia uterina anormal, dismenorrea, distensión abdominal, compresión genito-urinaria y/o intestinal o pélvica dependiendo de su localización y volumen (14)

Desde el punto de vista histopatológico los leómiomas son tumores duros, esféricos, bien circunscritos (3). La superficie de corte se encuentra blanca o rosácea, arremolinado; pudiendo presentar cambios degenerativos los cuales pueden ser fibrosis, hialinización, quística, etc.

Desde el punto de vista microscópico existen células de músculo liso con configuración típica, en huso y bordes indistinguibles así como abundante citoplasma eosinofílico, pálido, nucleolos elongados con extremos romos y ligeramente achatados, las mitosis son raras y tienen una lámina basal incompleta. Existen receptores de estrógenos y progesterona en el tumor y la tinción inmunohistoquímica suele ser positiva (13,14).

DEFINICION

El leiomioma uterino es un tumor benigno de la serie mesenquimatosa, formado por fibras musculares lisas y un estroma conjuntivo por donde discurren los vasos (14).

A menudo reciben otras connotaciones como mioma, fibromioma o "fibroides", por su consistencia dura, fibrosa y su alto contenido de fibras de colagena (3).

EPIDEMIOLOGIA

Se desconocen las cifras reales de prevalencia; debido a que la mayor parte de ellos son asintomáticos (más del 50% de los casos) (3). Se sabe que una de cada 4 a 5 mujeres con más de 35 años tiene un mioma uterino; siendo estos de 3 a 9 veces más frecuentes en la raza negra que en la blanca y tiene un ritmo más rápido de crecimiento en el primer grupo (3).

ANATOMIA PATOLOGICA

Macroscópicamente son tumores duros, esféricos, bien circunscritos protuyentes cuando se cortan. La superficie de corte en general es blanca a rosácea de aspecto arremolinado (3).

Existen cambios de regresión que incluyen fibrosis , hialinización, degeneración quística, licuefacción ,calcificación distrofica y osificación que pudieran modificar el aspecto macro y microscópico (13).

Al microscópio los leiomiomas constan de fascículos de células uniformes de músculo liso con una configuración típica en huso, así como abundante citoplasma eosinofílico pálido a menudo con extremos romos o ligeramente achadatos, nucleolos pequeños y el patrón de cromatina nuclear finamente engrosada. Mitosis raras al microscópio electrónico incluyen abundante miofilamentos intracitoplasmáticos de 6 a 8 nm. Paralelo al eje longitudinal de la célula, vesículas pinocíticas y una lámina basal incompleta alrededor de las células individuales (3,14).

Se puede mostrar receptores de estrógenos y progesterona en el tumor; ya sea en forma bioquímica o inmunohistoquímica (3). Se encuentra hialinización en el 60%, hemorragia 10% y regresión quística y microcalcificaciones en el 4% de ellos (3).

La descripción topográfica de los miomas es intraparietal, subserosos y submucosos; lo cual tiene importancia clínica y terapéutica (14).

La incidencia de leiomiomas en úteros extirpados con diagnósticos preoperatorios de leiomioma benigno es de apenas 0.5% (15).

CUADRO CLINICO

Es extremadamente importante recordar que con gran frecuencia los miomas uterinos son asintomáticos y no constituyen un riesgo para el bienestar de la mujer. (16)

Los signos y síntomas de los miomas uterinos son:

- ❖ Asintomáticos 50%
- ❖ Hemorragia uterina 33%
- ❖ Dolor pélvico agudo 33%
- ❖ Compresión genito-urinaria y/o intestinal
- ❖ Compresión pélvica

Las formas subcénicas se diagnostican por azar durante un examen ginecológico de rutina o mediante una ecografía pelviana solicitada por diversos motivos (14). El síntoma crónico más frecuente es la hemorragia uterina anormal (16). La hipermenorrea es propia de los miomas de localización submucosa. Es debido a pérdida de la efectividad contráctil del miometrio, a la congestión vascular uterina provocada por el crecimiento tumoral y a veces por incremento de la superficie endometrial elongada por los miomas (3,14,16).

El dolor que experimentan las mujeres con miomas (30%) se debe a degeneración aguda (3). También puede ocurrir torsión de un tumor subseroso pediculado o prolapso de tumores submucosos pediculados a través del cérvix (14).

El útero voluminoso puede causar compresión de la vejiga urinaria; poliaquiuria e incontinencia de esfuerzo (17). Son raras las retenciones urinarias y la obstrucción ureteral secundaria a mioma voluminoso (16).

Otro dato importante es que los mioma pueden causar anemia hipocrómica ferropénica, secundaria a la hipermenorrea / menorragia crónica (14).

RECURSOS DIAGNOSTICOS

- ❖ Anamnesis
- ❖ Exploración Ginecológica
- ❖ Ultrasonografía Pélvica
- ❖ Histerosalpingografía
- ❖ Resonancia Magnética
- ❖ Histeroscopia

ULTRASONOGRAFIA

El mioma es hipoeecogénico, con pobre transmisión directa del sonido (1). En la literatura revisada se refiere que dentro de los hallazgos de los miomas por el ultrasonido es que el útero se encuentra aumentado de tamaño, con textura heterogénea, zonas focales de ecogenicidad aumentada; en particular con sombras que identifican calcificación. Lo mismo los cambios de degeneración y necrosis pueden producir ecogenicidad aumentada (1).

Se sabe que los miomas muestran una variabilidad en su cantidad relativa de tejido mixomatoso y fibroso (3). Estas diversas cantidades de tejido fibroso presentes en casi todos los leiomiomas que se consideran secundarios a degeneración de células de músculo liso y la presencia de calcificación es lo que provoca una ecogenicidad relativa (1,4). Las características

ultrasonográficas típicas de los leiomiomas también incluyen crecimiento uterino(3). Los leiomiomas también pueden aparecer como lesiones bien definidas hipocóicas de contorno redondo (1). Los detritos necróticos que incluyen líquidos y hemorragia dentro del tumor pueden dar un aspecto complejo heterogéneo en los estudios ultrasonográficos, con zonas de cambio quístico parcial (5).

A pesar del alto grado de sensibilidad para variaciones en la ecogenicidad uterina por ultrasonografía, se han encontrado estudios totalmente normales hasta en 22% de las pacientes con leiomioma comprobados (3,5).

En general la ultrasonografía no permite clasificar con precisión los leiomiomas. Los tumores pequeños de menos de 2 cm pueden pasar inadvertidos (3). Además los leiomiomas pueden simular una tumoración anexial o retroversión uterina, adenomiosis o incluso partes fetales calcificadas (5,6). Los miomas pediculados que se extienden hacia el ligamento ancho no pueden ser identificados por ultrasonografía lo mismo ocurre para la diferenciación de leiomioma de un leiomiosarcoma (1,3,7).

Dado que el útero mixomatoso tiende a ser grande, debe tenerse presente el hecho que la valoración de un útero crecido se dificulta por el campo limitado de visión que da la ultrasonografía endovaginal (8).

Existen otros métodos como la histerosonografía (HS) la cual es más sensible que la histerografía transvaginal radiológica convencional (9). Esto lo demuestra el estudio realizado Hoetzinger (9), solo 31% (5-6) de los miomas se detectaron por histerografía transvaginal; en comparación con 88% (14-16) por histerosonografía.

Una limitación de la histerosonografía es la imposibilidad de detectar miomas con diámetro menor de 0.5cm (3).

Otro esquema imagenológico del útero implica el uso de catéteres que contienen transductores ultrasonográficos, lo que ha sugerido como un recurso potencialmente nuevo e importante de la ultrasonografía abdominal y endovaginal (3).

Más recientemente el uso de ultrasonido tridimensional nos permite reconstruir múltiples cortes tomográficos en los diversos planos ortogonales, con aplicaciones potenciales de computación cuantitativa del volumen del tumor, una valoración vascular más precisa, vigilancia de la respuesta al tratamiento y estudios intracavitarios (3,10,11). Así la ultrasonografía tridimensional es prometedora como importante recurso diagnóstico de los leiomiomas (10,11).

RESONANCIA MAGNETICA

Este estudio nos permite observar excelentemente a los leiomiomas uterinos. Permite calcular fácilmente el volumen uterino total y el de cada uno de los miomas; siendo la técnica de imagen más precisa para la detección y localización de leiomiomas (11,12).

La resonancia magnética es útil para calcular y localizar leiomiomas tan pequeños como de 0.5 cm de diámetro, incluso con enfermedades concomitantes (11). Es útil para identificar en forma precisa y sensible la localización preoperatoria y planeación quirúrgica (11,12).

- **TAMAÑO UTERINO**

Este indicador es tal vez el que más haya motivado el tratamiento quirúrgico más inadecuado de los miomas uterinos (16).

Podemos decir ahora que las indicaciones adecuadas para tratamiento quirúrgico son:

- **MENORRAGIA**

Esta al ser progresiva se asocia con anemia siendo la indicación más apremiante para intervención quirúrgica (16).

- **COMPRESION O DOLOR PELVICO**

El útero al crecer se convierte en un órgano abdominal en lugar de pélvico (3). Esto conlleva a afectar a otros órganos y sistemas, sabemos que el dolor por miomas es secundario a degeneración aguda o torción cuando son pediculados.

- **INFECUNDIDAD O ABORTO HABITUAL**

Los miomas pueden provocar alteración de la permeabilidad tubaria o distorsión de la cavidad endometrial de acuerdo a lo anteriormente dicho sobre tamaño y localización.

Debe recordarse que la gran mayoría de las mujeres con miomas uterinos no son infecundas (16). Según Francis L. Hutchins, profesor de la Universidad de Filadelfia en Pensylvania; Solo cuando el tamaño de los miomas alcanzan el correspondiente a 14-16 semanas de gestación es indicativo para miomectomía profiláctica (3).

COMPLICACIONES

Anemia

Choque hipovolémico

Hidronefrosis

Incontinencia urinaria

Torsión, infección, necrosis

Transformación sarcomatosa

Debe recordarse que la gran mayoría de las mujeres con miomas uterinos no son infecundas (16). Según Francis L. Hutchins, profesor de la Universidad de Filadelfia en Pensylvania; Solo cuando el tamaño de los miomas alcanzan el correspondiente a 14-16 semanas de gestación es indicativo para miomectomía profiláctica (3).

COMPLICACIONES

Anemia

Choque hipovolémico

Hidronefrosis

Incontinencia urinaria

Torsión, infección, necrosis

Transformación sarcomatosa

TRATAMIENTO MEDICO

Como recordaremos los leiomiomas son tumores dependientes de esteroides que surgen de una sola célula en el miometrio. Esta hipótesis se basa en el modelo del cobayo, donde la administración prolongada con estrógenos produce la aparición de leiomiomas (16)

TRATAMIENTO EXPECTANTE

Es una opción en aquellas pacientes cuyos síntomas no son tan intensos o asintomáticos, que no desean operarse ni tienen indicación médica. Solo se deberan hacer estudios seriados para excluir la posibilidad de un crecimiento rápido y se hará vigilancia estrecha de los síntomas(13,14). Se puede indicar fármacos antiinflamatorios no esteroideos para controlar la menorragia por inhibición de la síntesis de prostaciclina en forma programada.

Naproxén sódico 550 mg dos veces por día. Ibuprofen 600mg vía oral 4 veces al día uno o dos días antes de la menstruación (21).

PROGESTAGENOS

El primer estudio en que se demostró que los progestágenos alteran el crecimiento de los leiomiomas fue publicado por Goodman (22). Sin embargo Mixson y Hammoud (23), en 1961 administro progestágenos noretinodrel a 16 mujeres con leiomiomas a dosis de (20 a 40 mg por día); se produjo crecimiento clínico en 15 de 16 mujeres. Estos estudios ponen

TRATAMIENTO MEDICO

Como recordaremos los leiomiomas son tumores dependientes de esteroides que surgen de una sola célula en el miometrio. Esta hipótesis se basa en el modelo del cobayo, donde la administración prolongada con estrógenos produce la aparición de leiomiomas (16)

TRATAMIENTO EXPECTANTE

Es una opción en aquellas pacientes cuyos síntomas no son tan intensos o asintomáticos, que no desean operarse ni tienen indicación médica. Solo se deberan hacer estudios seriados para excluir la posibilidad de un crecimiento rápido y se hará vigilancia estrecha de los síntomas(13,14). Se puede indicar fármacos antiinflamatorios no esteroideos para controlar la menorragia por inhibición de la síntesis de prostaciclina en forma programada.

Naproxén sódico 550 mg dos veces por día. Ibuprofen 600mg vía oral 4 veces al día uno o dos días antes de la menstruación (21).

PROGESTAGENOS

El primer estudio en que se demostró que los progestágenos alteran el crecimiento de los leiomiomas fue publicado por Goodman (22). Sin embargo Mixson y Hammoud (23), en 1961 administro progestágenos noretinodrel a 16 mujeres con leiomiomas a dosis de (20 a 40 mg por día); se produjo crecimiento clínico en 15 de 16 mujeres. Estos estudios ponen

TRATAMIENTO MEDICO

Como recordaremos los leiomiomas son tumores dependientes de esteroides que surgen de una sola célula en el miometrio. Esta hipótesis se basa en el modelo del cobayo, donde la administración prolongada con estrógenos produce la aparición de leiomiomas (16)

TRATAMIENTO EXPECTANTE

Es una opción en aquellas pacientes cuyos síntomas no son tan intensos o asintomáticos, que no desean operarse ni tienen indicación médica. Solo se deberan hacer estudios seriados para excluir la posibilidad de un crecimiento rápido y se hará vigilancia estrecha de los síntomas(13,14). Se puede indicar fármacos antiinflamatorios no esteroideos para controlar la menorragia por inhibición de la síntesis de prostaciclina en forma programada.

Naproxén sódico 550 mg dos veces por día. Ibuprofen 600mg vía oral 4 veces al día uno o dos días antes de la menstruación (21).

PROGESTAGENOS

El primer estudio en que se demostró que los progestágenos alteran el crecimiento de los leiomiomas fue publicado por Goodman (22). Sin embargo Mixson y Hammoud (23), en 1961 administro progestágenos noretinodrel a 16 mujeres con leiomiomas a dosis de (20 a 40 mg por día); se produjo crecimiento clínico en 15 de 16 mujeres. Estos estudios ponen

en controversia el uso de progestágenos para el tratamiento de leiomiomas.

Existe mifepristona (RU 486) esteroide sintético con actividad antiprogesterona que ha mostrado inhibir la ovulación y fragmentar la integridad endometrial. El uso del RU 486 administrado a 10 mujeres con leiomiomas durante 3 meses mostró un decremento promedio de su volumen de 87 % (24), todas las pacientes tuvieron amenorrea. El uso de antiprogestágenos como el RU 486 parece promisorio para tratar los miomas (3).

ANDROGENOS

Coutinho y col. (25,26,27) informaron del uso de gestrinona; un agente antiprogesterona y antiestrógeno en el tratamiento del leiomioma, se midió el volumen uterino total cuantificado por ultrasonografía la cual disminuyó en 71 de 97 pacientes y hubo amenorrea en 42 a 80 a las 8 semanas. Esta regresión de tamaño de los leiomiomas duró hasta un año después del tratamiento. La hemoglobina aumento; fueron frecuentes los efectos secundarios androgénicos que desaparecieron al interrumpir el tratamiento(25).

ANALOGOS DE GnRH

Al unirse los receptores los analógos de GnRH causan un aumento breve de la secreción de gonadotropinas así como de los estrógenos. Ocurre un estado de hipogonadismo ,hipogonadotrópico una a tres semanas después de iniciar la administración del analógo (3). Diversos estudios han mostrado disminución del volumen uterino mediante tratamiento con

en controversia el uso de progestágenos para el tratamiento de leiomiomas.

Existe mifepristona (RU 486) esteroide sintético con actividad antiprogesterona que ha mostrado inhibir la ovulación y fragmentar la integridad endometrial. El uso del RU 486 administrado a 10 mujeres con leiomiomas durante 3 meses mostró un decremento promedio de su volumen de 87 % (24), todas las pacientes tuvieron amenorrea. El uso de antiprogestágenos como el RU 486 parece promisorio para tratar los miomas (3).

ANDROGENOS

Coutinho y col. (25,26,27) informaron del uso de gestrinona; un agente antiprogesterona y antiestrógeno en el tratamiento del leiomioma, se midió el volumen uterino total cuantificado por ultrasonografía la cual disminuyó en 71 de 97 pacientes y hubo amenorrea en 42 a 80 a las 8 semanas. Esta regresión de tamaño de los leiomiomas duró hasta un año después del tratamiento. La hemoglobina aumento; fueron frecuentes los efectos secundarios androgénicos que desaparecieron al interrumpir el tratamiento(25).

ANALOGOS DE GnRH

Al unirse los receptores los analógos de GnRH causan un aumento breve de la secreción de gonadotropinas así como de los estrógenos. Ocurre un estado de hipogonadismo ,hipogonadotrópico una a tres semanas después de iniciar la administración del analógo (3). Diversos estudios han mostrado disminución del volumen uterino mediante tratamiento con

en controversia el uso de progestágenos para el tratamiento de leiomiomas.

Existe mifepristona (RU 486) esteroide sintético con actividad antiprogesterona que ha mostrado inhibir la ovulación y fragmentar la integridad endometrial. El uso del RU 486 administrado a 10 mujeres con leiomiomas durante 3 meses mostró un decremento promedio de su volumen de 87 % (24), todas las pacientes tuvieron amenorrea. El uso de antiprogestágenos como el RU 486 parece promisorio para tratar los miomas (3).

ANDROGENOS

Coutinho y col. (25,26,27) informaron del uso de gestrinona; un agente antiprogesterona y antiestrógeno en el tratamiento del leiomioma, se midió el volumen uterino total cuantificado por ultrasonografía la cual disminuyó en 71 de 97 pacientes y hubo amenorrea en 42 a 80 a las 8 semanas. Esta regresión de tamaño de los leiomiomas duró hasta un año después del tratamiento. La hemoglobina aumento; fueron frecuentes los efectos secundarios androgénicos que desaparecieron al interrumpir el tratamiento(25).

ANALOGOS DE GnRH

Al unirse los receptores los análogos de GnRH causan un aumento breve de la secreción de gonadotropinas así como de los estrógenos. Ocurre un estado de hipogonadismo ,hipogonadotrópico una a tres semanas después de iniciar la administración del análogo (3). Diversos estudios han mostrado disminución del volumen uterino mediante tratamiento con

análogos del GnRH siendo que tienen efectos variables sobre la densidad ósea y sobre los perfiles de lípidos (3).

TRATAMIENTO COADYUVANTE

Es el uso de GnRH y estrógenos equinos conjugados y medroxiprogesterona.

Con estos esquemas no se encontró cambio de la densidad ósea por estudio de densitometría y si disminuye los síntomas de hipoestrogenismo (29).

TRATAMIENTO QUIRURGICO

RESECCION POR HISTEROSCOPIA

MIOMECTOMIA LAPAROSCOPICA

MIOMECTOMIA POR VIA ABDOMINAL

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

análogos del GnRH siendo que tienen efectos variables sobre la densidad ósea y sobre los perfiles de lípidos (3).

TRATAMIENTO COADYUVANTE

Es el uso de GnRH y estrógenos equinos conjugados y medroxiprogesterona.

Con estos esquemas no se encontró cambio de la densidad ósea por estudio de densitometría y si disminuye los síntomas de hipoestrogenismo (29).

TRATAMIENTO QUIRURGICO

RESECCION POR HISTEROSCOPIA

MIOMECTOMIA LAPAROSCOPICA

MIOMECTOMIA POR VIA ABDOMINAL

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

análogos del GnRH siendo que tienen efectos variables sobre la densidad ósea y sobre los perfiles de lípidos (3).

TRATAMIENTO COADYUVANTE

Es el uso de GnRH y estrógenos equinos conjugados y medroxiprogesterona.

Con estos esquemas no se encontró cambio de la densidad ósea por estudio de densitometría y si disminuye los síntomas de hipoestrogenismo (29).

TRATAMIENTO QUIRURGICO

RESECCION POR HISTEROSCOPIA

MIOMECTOMIA LAPAROSCOPICA

MIOMECTOMIA POR VIA ABDOMINAL

HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ultrasonografía no es un método definitivo para el diagnóstico de miomatosis uterina. Siendo el aspecto clínico y la experiencia del médico lo que orienta actualmente el diagnóstico

La ultrasonografía es un método de apoyo del diagnóstico clínico.

HIPOTESIS

El cuadro clínico y los hallazgos de la exploración ginecológica son mejores para el diagnóstico de miomatosis uterina, no siendo superada por los datos obtenidos por la ultrasonografía .

OBJETIVOS

- 1. - Conocer la correlación que existe entre los hallazgos clínicos, exploración física y los datos por ultrasonografía para el diagnóstico de la miomatosis uterina en el Hospital de la Mujer S.S.A.**
- 2. -Corroborar por estudio histopatológico los hallazgos clínicos, exploración física y los datos ultrasonográficos de todas las pacientes que tuvieron diagnóstico de miomatosis uterina en este hospital en el último año.**
- 3. -Determinar y analizar las variables más comunes (edad, antecedentes gineco-obstétricos, cuadro clínico, tiempo de evolución, tipo de tratamiento y uso de anticonceptivos hormonales.**

JUSTIFICACION

La miomatosis uterina es un entidad frecuente ya que se encuentra en casi el 20 a 50% de las mujeres en edad reproductiva y perimenopausicas; de tal manera es un problema de salud pública, con un impacto económico y psicosocial en todas las mujeres que padecen esta patología además de no existir un estudio actual que correlacione la ultrasonografía y los hallazgos clínicos, e histopatológicos en el Hospital de la mujer.

Por lo tanto considero necesario valorar y diagnosticar con precisión a toda mujer que curse con datos clínicos de miomatosis uterina y ver la confiabilidad del ultrasonido, para normar un tratamiento adecuado que en la mayoría de las ocasiones es quirúrgico, repercutiendo así en la calidad de vida de las mujeres atendidas en esta unidad. Con el objeto de evitar sobre diagnosticar la miomatosis uterina y la práctica de histerectomías innecesarias.

MATERIAL Y METODOS

Se llevo acabo un estudio retrospectivo, transversal, comparativo, en el Hospital de la Mujer; en el cual se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina durante el periodo comprendido del 1 de Enero de 1997 al 15 de Diciembre de 1997.

Se identificaron las siguientes variables: edad, número de gestaciones, uso de anticonceptivos, reporte de biopsia de endometrio, estudio citológico cervical, estudio cervicovaginal, datos clínicos, y exploración ginecológica, hallazgos ultrasonográficos, resultado histopatológico y tratamiento.

CRITERIOS DE SELECCION

a) CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Expedientes de pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina por clínica, ultrasonido o ambos.
- 2.- Expedientes de pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina por estudio histopatológico.

c) CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Expedientes incompletos.

b) CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.- Expedientes sin diagnóstico histopatológico.

MATERIAL Y METODOS

Se llevo acabo un estudio retrospectivo, transversal, comparativo, en el Hospital de la Mujer; en el cual se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina durante el periodo comprendido del 1 de Enero de 1997 al 15 de Diciembre de 1997.

Se identificaron las siguientes variables: edad, número de gestaciones, uso de anticonceptivos, reporte de biopsia de endometrio, estudio citológico cervical, estudio cervicovaginal, datos clínicos, y exploración ginecológica, hallazgos ultrasonográficos, resultado histopatológico y tratamiento.

CRITERIOS DE SELECCION

a) CRITERIOS DE INCLUSION

1.- Expedientes de pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina por clínica, ultrasonido o ambos.

2.- Expedientes de pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina por estudio histopatológico.

c) CRITERIOS DE EXCLUSION

1.- Expedientes incompletos.

b) CRITERIOS DE ELIMINACION

1.- Expedientes sin diagnóstico histopatológico.

ANALISIS ESTADISTICO

Se obtuvo media y desviación estándar de la edad y frecuencias simples de las demás variables.

Se obtuvo la prevalencia de la miomatosis uterina en los últimos 4 años .

RESULTADOS

Se revisaron 738 expedientes clínicos con diagnóstico de miomatosis uterina; se excluyeron 10, por no contar con criterios de inclusión .

Se encontró que la prevalencia de la miomatosis uterina en el Hospital de la Mujer durante el periodo de estudio fue de 11.9 por 100 eventos ginecológicos, cabe hacer notar que solo se trata de pacientes sintomáticas. Así mismo se comparó con la de los 3 años anteriores como lo muestra el cuadro 1.

CUADRO 1
PREVALENCIA DE MIOMATOSIS UTERINA EN LOS
ULTIMOS 4 AÑOS

	1994	1995	1996	1997
<i>No. Consultas Ginecológicas.</i>	3822	3158	3075	6104
<i>No. de Pacientes Con Idx de Miomatosis Uterina</i>	654	528	554	728
<i>Prevalencia</i>	17.1 %	16.7%	18 %	11.9%

Fuente : Departamento de estadística Hospital de la Mujer .

Se agruparon por quinquenio las edades de las pacientes y se obtuvo una media de 42 años con una desviación estándar de ± 5.1 años como lo muestra el cuadro 2.

CUADRO 2
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD

<i>EDAD</i>	<i>30-34</i>	<i>35-39</i>	<i>40-44</i>	<i>45-49</i>	<i>50-54</i>	<i>TOTAL</i>
<i>paciente</i>	80	167	196	211	74	728
<i>porcentaje</i>	11%	23%	27%	29%	29%	100%

FUENTE: Departamento de estadística del Hospital de la Mujer

Con respecto al número de gestaciones se encontró la siguiente distribución. Cuadro 3

CUADRO 3
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR NUMERO DE GESTACIONES

<i>Gestaciones</i>	<i>0</i>	<i>I - II</i>	<i>III o más</i>	<i>total</i>
<i>Pacientes</i>	63	128	537	728
<i>Porcentaje</i>	8.5%	17.5%	74%	100%

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer

De acuerdo al cuadro clínico se tomo el síntoma principal y solo en 101 pacientes (14%); se encontró que presentaban dos o más síntomas, esto a su vez se relacionó con la exploración ginecológica encontrada en su primera consulta, como lo muestra el cuadro 4.

CUADRO 4

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO A CUADRO CLINICO Y EXPLORACION GINECOLOGICA

CUADRO CLÍNICO	METRORRAGIA	DOLOR PÉLVICO	COMPRESIÓN INTESTINAL Y/O URINARIA	TOTAL
EXPLORACION GINECOLÓGICA	655	65	8	728
PORCENTAJE	90.7%	9.3%	1%	100%

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer

Todas las pacientes presentaron exploración ginecológica con datos de miomatosis uterina; esto es tomando en cuenta el tamaño del útero, la irregularidad de sus paredes o ambos.

Se obtuvieron los resultados por ultrasonido y se comparó con los datos de la exploración ginecológica, cuadro 5.

CUADRO 5

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO A HALLAZGOS ULTRASONOGRAFICOS

DATOS ULTRASONOGRAFICOS	SI	NO	TOTAL
Pacientes	576	152	728
Porcentajes	79.2%	20.8%	100%

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer

De los datos anteriores podemos decir que solo 576 pacientes presentaron correlación ultrasonográfica y por exploración ginecológica; y solo 152 presentaron datos de miomatosis uterina por la simple exploración ginecológica; ahora bien se recabó el resultado histopatológico de estos dos grupos de pacientes encontrando los siguientes datos cuadro 6 y cuadro 7.

CUADRO 6

DISTRIBUCION DE PACIENTES QUE TUVIERON CORRELACION CLINICA, ULTRASONOGRAFICA E HISTOPATOLOGICA

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS	SI	NO	TOTAL
PACIENTES	455	121	576
PORCENTAJES	78.9%	21.1%	100%

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer

CUADRO 7

DISTRIBUCION DE PACIENTES QUE TUVIERON CORRELACION CLINICA E HISTOPATOLOGICA

<i>HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>TOTAL</i>
<i>PACIENTES</i>	140	12	152
<i>PORCENTAJE</i>	92.1%	7.8%	100%

HALLFUENTE: Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer

En el siguiente cuadro se dará a conocer los reportes histopatológicos de las pacientes que no tuvieron hallazgos de miomatosis uterina, cuadro 8 .

CUADRO 8

RESULTADO HISTOPATOLOGICO DE LAS PACIENTES CON CORRELACION CLINICA Y ULTRASONOGRAFICA

<i>RESULTADO DE PATOLOGIA</i>	<i>ADENOMIOSIS</i>	<i>POLIPO ENDOMETRIAL</i>	<i>SARCOMA</i>	<i>TOTAL</i>
<i>PACIENTES</i>	110	9	2	121
<i>PORCENTAJE</i>	90.9%	7.4%	1.4%	100%

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer

En cuanto al uso de anticonceptivos solo 137 pacientes se encontraron tomando durante su padecimiento o tres meses anteriores, al inicio de su sintomatología cuadro 9.

CUADRO 9

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO A TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO (ORAL O PARENTERAL)

<i>TIPO DE ANTICONCEPTIVO</i>	<i>ORAL</i>	<i>INYECTABLE</i>	<i>TOTAL</i>
<i>PACIENTE</i>	100	37	137
<i>PORCENTAJE</i>	72.9%	27.1%	100%

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer

De los datos obtenidos por resultado de biopsia de endométrio se encontró que todos se reportaron normales aún los dos casos de sarcoma.

En cuanto al resultado de estudio citológico se encontraron los siguientes resultados cuadro 10. Cabe señalar que de los encontrados como anormales, 45 correspondieron a infección por virus de papiloma humano (64.2%), 20 con displasia leve (28.8%) y 5 con displasia moderada (7%).

CUADRO 10

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR RESULTADO CITOLOGICO

<i>CITOLOGIA</i>	<i>NORMAL</i>	<i>ANORMAL</i>	<i>TOTAL</i>
<i>PACIENTES</i>	658	70	728
<i>PORCENTAJE</i>	90.3%	9.4%	100%

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer

En cuanto a los resultados de estudio cervicovaginal, se encontró que el 80% de los resultados reportados como patológicos se observo monilia, en 12 % tricomonas y 8% (flora bacteriana mixta) los resultados se muestran en el cuadro 11.

CUADRO 11

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO A RESULTADO CERVICOVAGINAL

<i>CERVICOVAGINAL</i>	<i>NORMAL</i>	<i>PATOLÓGICO</i>	<i>TOTAL</i>
<i>PACIENTES</i>	610	118	728
<i>PORCENTAJE</i>	84 %	16%	100%

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer

El tratamiento de todas las pacientes fue quirúrgico, ninguna recibió tratamiento médico, en solo 10 pacientes se presentaron complicaciones postquirúrgicas, éstas fueron cinco abscesos de pared, tres seromas y dos vaginosis. En el cuadro 12 se muestra los resultados del tipo de cirugía realizada.

CUADRO 12

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR TIPO DE CIRUGIA

<i>TIPO DE CIRUGIA</i>	<i>HTA/C. ANEXOS</i>	<i>HTA/SOU</i>	<i>HTA/SOB</i>	<i>TOTAL</i>
<i>PACIENTES</i>	470	121	137	728
<i>PORCENTAJE</i>	64.5%	17.5%	18%	100%

FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital de la Mujer

DISCUSION

- 1.- Se encontró una prevalencia de 11.9 por 100 eventos ginecológicos de miomatosis uterina en el Hospital de la Mujer; Así como se reporta en la literatura mundial (3,30). En el presente estudio se observó una disminución en la prevalencia con respecto a los tres años anteriores, esto puede ser posible a que el número de consultas ginecológicas aumento, lo mismo otro tipo de patología.
- 2.- Se encontró que la edad media de las pacientes que acuden al Hospital de la Mujer y presentan miomatosis uterina es de 42 años con una desviación estándar de más, menos 5.1 años. Esto indica que la población afectada por esta patología se encuentra al final de la edad reproductiva .
- 3.- Se encontró que ha mayor número de hijos aumenta la frecuencia de miomatosis uterina; contrario a lo reportado por la literatura mundial (30).
- 4.- El síntoma principal por el cual acuden las pacientes a este hospital es por sangrado uterino y en segundo término por dolor pélvico.
- 5.- En todas las pacientes se encontraron datos de miomatosis uterina por exploración ginecológica; y solo el 79.1% se correlaciono con hallazgos ultrasonográficos.
- 6.- El ultrasonido mostró un 24% de falsos positivos, de acuerdo a la literatura mundial (3,4,7).
- 7.- Solo se encontró un 62.5% de correlación clínica, ultrasonido y reporte histopatológico.

8.- Todas las pacientes fueron diagnosticadas por clínica (cuadro clínico, exploración ginecológica) con un total de 728, no hubo confirmación histopatológica en 121 (16.6%), por lo tanto, la correlación clínica e histopatológica fue de (83.4%).

9.- El diagnóstico diferencial más frecuente que se encontró en este estudio fue la adenomiosis.

CONCLUSIONES

1. Podemos decir que se deben realizar análisis estadísticos orientados para valorar la especificidad y la sensibilidad del ultrasonido en la miomatosis uterina.
2. La Historia clínica con una buena exploración ginecológica sigue siendo la herramienta más útil para el diagnóstico de miomatosis uterina.
3. El ultrasonido pélvico y/o vaginal es un estudio complementario para el diagnóstico de miomatosis uterina.
4. Es necesario realizar una buena valoración de cada caso, para poder ofrecer un mejor tratamiento que en algunos casos, bien seleccionados, puede ser médico, conservador y posteriormente valorar el aspecto quirúrgico, ya que éste implica un impacto psíquico, social y sexual importante para la paciente.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

1. CALLEN PLV: ECOGRAFIA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. EDIT. PANAMERICANA PAG. 407- 420. A 1982.
2. HERBST AL, MISHELL DR. JR. ET AL.: COMPRESIVE GYNECOLY ST LOUIS MOSBY YEAR BOOK EDIT. PANAMERICANA 1992 : 511-519.
3. FRANCIS L. HUTCHINS, Jr MD ET AL :CLINICA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA TEMAS ACTUALES. EDIT INTERAMERICANA. VOL. 4 1995.
4. KARASICK ET AL : IMAGING OF UTERINE LEIOMYOMAS. A. JR. ROENTGENOL 158: 794 -805 1992.
5. GROSS BH JIWER TM ; JAFFE MH: SONOGRAPHILL FEATURES OF UTERINE LEIOMYOMAS ANALYSIS OF 41 PROVEN CASES J. ULTRASOUND 2:401-406 1993
6. BALTAROWICH OH; KURTZ AB; ET AL: PITFALLS IN THE SONOGRAPHIC DIAGNOSIS OF UTERINE FIBROIDS. A. JR ROENTGENOL 151: 725-728, 1998

7. HRICAK H, TSCHOLAKOFF D, ET AL: UTERINE LEIOMYOMAS CORRELATION OF M.R.; HISTOPATHOLOGICAL FINDINGS AND SYMPTOMS. RADIOLOGY 158: 385-391 1986
8. MENDELSON EB: TRANSVAGINAL SONOGRAPHY IN GYNECOLOGIC IMAGING. SEMIN ULTRASOUND CT MA 9: 102-121 , 1988
9. HOETZINGER H: HYSTEROSONOGRAPHY AND HYSTEROGRAPHY IN BENING AND MALIGNAT DISEASES OF THE UTERUS. A. COMPARATIVE IN VITRO ESTUDY. J ULTRASOUND MED. 10: 259-263 , 1991
10. HAMPER UM ; TRAPANOTTO V: TREE - DIMENSIONAL ULTRASOUND PRELIMINARY CLINICAL, EXPERIENCE. RADIOLOGY 191: 397- 401, 1994
11. HRICAK H; TSCHALAKOFF D ET AL : UTERINE LEYMIOMAS CORRELATION OF M.R. ; HYSTOPATHOLOGICAL FINDINGS AND SYMPTOMS. RADIOLOGY 158 : 385- 391 1986
12. DUDIAK CM, TURNER DA ET AL : UTERINE LEIOMYOMAS IN THE INFERTILE PATIENT PREOPERATIVE LOCALIZATION WITH M.R. IMAGING VERSUS U.S. AND HYSTEOSALPINOGHRAPHY RADIOLOGY 167: 627- 630, 1988
13. SHNALL MD: MAGNETIC RESONANCE EVALUATION OF ACQUIRED BENING UTERINE DISORDERS. SEMY ULTRASOUND CT. M.R: 15; 18-26 1994

14. CALATRONI C.J. GINECOLOGIA EDIT. PANAMERICANA . 1990 PAG. 249-252.
15. LEIBSOHN J. DA BLANING ET AL : LEIOMYOSARCOMAS IN A SERIES OF HYSTERECTOMIES PERFORMED FOR PRESUMED UTERINE LEIOMYOMAS. AM. J. OBSTET GYNECOL 162 : 968 1990
16. BUTTRAM V. REIPTER R : UTERINE LEIOMYOMATA. ETIOLOGY; SYMPTOMATOLY AND MANAGEMENT. FERTIL STERIL 36: 433 1981
17. CARLSON RJ; NICHOLS DH; ET AL : INDICATIONS FOR HYSTERECTOMY N. ENGL. J. MED. 328: 856 1993
18. TOWNSED DE ; FIELDS G ET AL: DISGNOSTIC AND OPERATIVE HYSTEROSCOPY IN THE MANAGMENT OF PERISSTENT POST MENOPAUSAL BLEEDING. OBSTET GYNECOL 82: 419: 1993
19. FRIDMAN AJ, DALY M ET AL : PREDICTORES OF UTERINE VOLUME REDUCTION IN WOMEN WITH MYOMAS TREATED WITH A GONADOTROPIN - RELASING HORMONE AGONIST. FERTIL ESTERIL 58:413 1992.
20. CARLSON KJ, NICHOLS DH ET AL : INDICATIONS FOR HYSTERECTOMY . N. ENGL. J. MED. 328 :856 1993.

21. MAKARINE NL, YLIKORKALA ET AL: PRIMARY AND MYOMA - ASSOCIATED MENORRHAGIA ROLE OF PROSTANGLANDINS AND EFFECTS OF IBUPROFEN . BR. J. OBSTET GYNECOL 86:974 - 978 , 1986.
22. GOODMAN AL: PROGESTERONE THERAPY IN UTERINE FIBROMYOMA. J. CLIN. ENDOCRINOL . 6:402-408, 1996.
23. MIXSOY WT; HAMMOND DD: RESPONSE OF FIBROMYOMAS TO A PROGESTIN. AM. J. OBSTET GYNECOL 82 : 754 - 759 , 1961.
24. MURPHY AA; KETTEL L. M. ET AL : REGRESION OF UTERINE LEIOMYOMATA IN RESPONSE TO THE ANTIPROGESTERONE RU 486 . J. CLIN. ENDOCRINOL .METAB . 76 : 513-517, 1993.
25. COUTINHO E.M. : TREATMENT OF LARGE FIBROIDS WITH HIGH DOSES OF GESTRINONE . GYNECOL. OBSTET. INVEST. 30:44-47,1990.
26. COUTINHO E.M : REGRESION OF UTERINE LEIOMYOMAS AFTER TREATMENT WITH GESTRINONE AN ANTIESTROGEN AND ANTIPROGESTERONE. AM. J. OBSTET GYNECOL 155:761-767, 1986.
27. COUTINHO E.M, GONCALVES : LONG -TERM TREATMENT OF LEIOMYOMAS WITH GESTRINONE . FERTIL STERIL 51:939-946, 1989.
28. FRIDMAN A: DALY M, ET AL : PREDICTORES OF UTERINE VOLUME REDUCTION IN WOMEN WITH A

GONADOTROPIN - RELASING HORMONE AGONIST
FERTIL. ESTERIL. 58 :413-415, 1992.

29. FRIDMAN A. J; ET AL : TREATMENT OF
LEIOMYOMATA UTERI WITH SHORT-TERM
LEUPROLIDE FOLLOWED BY LEUPROLIDE PLUS
ESTROGEN PROGESTIN HORMONE REPLACEMENT
THERAPY FOR 2 YEARS. A PILOT ESTUDY FERTYL
ESTERIL. 51 : 516-528, 1989.

30. CRAMER SF; PATEL A : THE FREQUENCY OF
UTERINE LEIOMYOMAS. AM. J. CLIN. PATHOL.
94:435 , 1990.