

11217
43



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**"CORRELACIÓN ENTRE INDICACIONES CLÍNICAS Y RESULTADOS
ANATOMOPATOLÓGICOS EN LA HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA
DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL IGNACIO ZARAGOZA ISSSTE"**

TESIS

**PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DRA. EMILIA FLORES JACINTO

ASESORES:

**DR. JUAN MANUEL FERNÁNDEZ MONTES
DR. CARLOS MIGUEL SALAZAR JUÁREZ**



ISSSTE

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE DE 2003

TRABAJO CON
FALTA DE CATEGORÍA

A



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.

AUTORIZACIONES

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

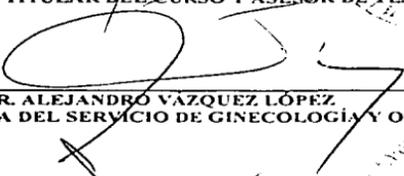
I. S. S. T. E



DR. JUAN MIRANDA MURILLO
COORDINADOR DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DR. JUAN MANUEL FERNÁNDEZ MONTES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y ASESOR DE TESIS



DR. ALEJANDRO VÁZQUEZ LÓPEZ
JEFE DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DR. CARLOS MIGUEL SALAZAR JUÁREZ
MAESTRO EN CIENCIAS MÉDICAS
Y ASESOR DE TESIS



DRA. LUZ MARÍA DEL CARMEN SAN GERMÁN TREJO
JEFE DE INVESTIGACIÓN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

*A Dios agradezco por darme la vida
y al estar siempre conmigo*

*Isaac, por su gran amor, apoyo que en mí ha
brindado y quien ha sido importante en mi vida*

*A mi madre que gracias a su cariño, apoyo y fortaleza, he llegado
a realizarme en mi vida personal y profesional.*
A mi padre por enseñarme a ser constante y a seguir adelante.

*A mis maestros, por brindarme la confianza y sus enseñanzas que
han contribuido a mi carácter profesional.*

*A mis compañeros que juntos a pesar de los
obstáculos hemos seguido adelante.*

*A todos los pacientes, por su confianza en mí
en todo momento y por ser como un libro que
mi carrera han enriquecido.*



ÍNDICE

| | PÁGINA |
|-----------------------------------|--------|
| ÍNDICE | 01 |
| RESUMEN | 02 |
| ABSTRACT | 04 |
| INTRODUCCIÓN | 06 |
| JUSTIFICACIÓN | 16 |
| OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS | 17 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 18 |
| RESULTADOS | 19 |
| DISCUSIÓN | 27 |
| CONCLUSIONES | 31 |
| BIBLIOGRAFÍA | 32 |
| ANEXOS | 35 |

TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN

RESUMEN:

OBJETIVO.

Conocer la correlación que existe entre las indicaciones clínicas y los resultados anatomopatológicos en la histerectomía ginecológica.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y abierto. En el servicio de Ginecología del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, llevando a cabo revisión de expedientes clínicos por un lapso de 3 años, así como recolección de datos de los sistemas de registro del hospital.

RESULTADOS:

Se consideraron 608 pacientes de las cuales por edad: la menor fue de 28 años y la mayor de 73, con una media de 43.26 y desviación estándar de 6.98.

Los diagnósticos preoperatorios fueron: Grupo 1.-miomatosis uterina 482 casos que representó el 79.27% del total investigado, pero se obtuvieron 507 reportes histopatológicos de miomatosis uterina, A).- medianos elementos 312, 51.32%, B).- pequeños elementos 109 casos, 17.93% y C).- 86 de grandes elementos (14.15%). Grupo 2.- Sangrado uterino anormal con 47 casos que fue el 7.73%; 25 resultados histopatológicos se incluyeron en B del grupo anterior y los 22 restantes fueron NIC I y II. Grupo 3.- Infección por virus del papiloma humano (NIC I y II) que constituyó el 7.23%. con 44 casos clínicos, y reportando patología 70; se corroboró el diagnóstico al 100 % de éste grupo. 22 ya se comentaron en el grupo 2 y de los 4 restantes: 1 se programó por cáncer cervicouterino, 1 por cáncer de endometrio y 2 se por congestión pélvica. Grupo 4.- Hiperplasia endometrial con 11 casos clínicos que representa el 1.81%. con 14 reportes de patología;

igual que en el grupo anterior el 100% coincidió con el diagnóstico clínico, además en éste grupo se incluyeron 3 programadas por pólipo endometrial. Grupo 5.- Adenomiosis con 9 casos, siendo el 1.48% del total de los expedientes revisados, obteniendo 11 reportes histopatológicos; nuevamente el 100% es acertada la clínica y 2 casos se programaron por congestión pélvica. Grupo 6.- Cáncer Cervicouterino con 4 casos 0.66% con 3 casos confirmados, y uno que correspondió al grupo 3. Grupo 7.- Cáncer de endometrio 2 casos (0.34%) programados, 1 corroborado por patología, otro se incluyó al grupo 3. Grupo 8.- Endometriosis 1, fue el 0.16%, con reporte de patología de endometritis. Grupo 9.- Cáncer de ovario 1, siendo el 0.16% corroborado el diagnóstico por patología. Se debe observar, que para completar el total de 608 pacientes incluidos en el estudio, 4 diagnósticos de congestión pélvica y 3 de pólipo endometrial se incluyeron dentro de otras patologías y que representaron el 1.16%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUMMARY:

OBJECTIVE.

To know the correlation that exists between the clinical indications and those anatomopathologic results in the gynecological hysterectomy.

DESIGN OF THE STUDY:

Was carried out a retrospective, observational, descriptive and open study. In the service of Gynecology of the Regional Hospital General Ignacio Zaragoza, carrying out revision of clinical files for a 3 year-old lapse, as well as gathering of data of those systems of registration of the hospital.

RESULTS:

They were considered 608 patients of those which for age: the minor was of 28 years and the bigger than 73, with a stocking of 43.26 and standard deviation of 6.98.

The preoperative diagnostic was: **Group 1.**- Miomatosis uterine 482 cases that it represented 79.27% of the investigated total, but 507 reports were obtained histopathological of uterine miomatosis, A). - medium elements 312, 51.32%. B). - small elements with 109 cases, 17.93% and C). - 86 with big elements (14.15%). **Group 2.** - Bled uterine abnormal with 47 cases that it was 7.73%; 25 results histopathological was included in B of the previous group and the 22 remaining they were NIC I and NIC II. **Group 3.** - Infection for virus of the human papiloma (NIC I and II) that constituted the one 7.23%, with 44 clinical cases, and reporting pathology 70; it corroborates the one diagnostic to 100% of this group. 22 were already commented in the group 2 and of the 4 remaining: It was programmed by cervicouterine cancer, 1 for endometrial cancer and 2 for pelvic congestion. **Group 4.** - Endometrial hyperplasia with 11 clinical cases that represents 1.81%, with 14 pathology reports: the same as in the group previous 100% coincided with the clinical diagnostic, also

in this group that included 3 programmed by endometrial polyp. **Group 5.** - Adenomyosis with 9 cases, being 1.48% of the total of the revised files, obtaining 11 reports histopathologicals; again 100% is guessed right the clinic and 2 cases were programmed for pelvic congestion. **Group 6** - Cervicouterine cancer with 4 cases 0.66% with 3 confirmed cases, and one that corresponded to the group 3. **Group 7.** - endometrial Cancer 2 cases (0.34%) programmed, that corroborated by pathology, other it was included to the group 3. **Group 8.** Endometriosis 1, it was 0.16%, with pathology report of endometritis. **Group 9.** - Ovary cancer 1, being 0.16% corroborated the diagnostic for pathology.

It should be observed that to complete the total of 608 patients included in the one study, 4 diagnoses of pelvic congestion and 3 of polyp endometrial that included inside other pathologies and that they represented 1.16%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN.

La gran evolución que ha tenido la histerectomía en el último siglo, se debe a los siguientes factores: mejores valoraciones prequirúrgicas y anestésicas, mejora en las técnicas quirúrgicas y procedimientos anestésicos, evolución de los antimicrobianos y el proceso del cuidado en las salas de recuperación. Actualmente se clasifican en histerectomía abdominal total o subtotal y vaginal.

Al hablar de extirpación de anexos se clasifica en bilateral o unilateral y con salpingectomía, ooforectomía, o salpingooforectomía.(1)

Históricamente las primeras referencias en cuanto a éste proceso quirúrgico los podemos encontrar desde el siglo V A.C en la época de Hipócrates. La histerectomía vaginal se desarrolló muchos siglos antes que la abdominal.

La histerectomía vaginal se realizó de forma esporádica durante los siglos XVII y XVIII. Encontrando autores como Baudelocque que entre 1800 y 1816 realizó 23 procedimientos vaginales; algunos otros como Wrisberg que en 1810 recomendaba la histerectomía vaginal para el cáncer de útero.(1,2)

A fines del siglo XIX la técnica de histerectomía fue estudiada sistemáticamente y desarrollada por Cerní, Billorth, Mikulics, Schoeder entre otros.

Los primeros casos referidos de histerectomía abdominal, fue por diagnóstico erróneo principalmente de quistes de ovario gigante, encontrándose en su lugar miomas uterinos. En esa época se da una mayor importancia al desarrollo de la miomectomía, considerando la extirpación del útero por vía abdominal, sea cual fuere la indicación, como un padecimiento impracticable por su alta mortalidad.(1)

No fue sino hasta 1825 que Langenbeck, intentó por primera vez la extirpación por

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

vía abdominal, sin embargo en 1844 Heath, realizó en forma individual este procedimiento.

En 1843 Kley y Heath, fueron los primeros que realizaron la ligadura de arterias uterinas, lo cual sin embargo fue olvidado.

En 1846 Jun Bellinge, realizó la primera histerectomía programada por miomatosis uterina, pero con malos resultados, no fue sino hasta 1853 que Walter Buruham de Lowell, llevó a cabo la primera de manera exitosa. Sin embargo una de las complicaciones más importantes y frecuentes fue la hemorragia.

Fue hasta 1864 cuando Koeberle, en Francia introdujo un método para ligar el pedículo vascular mayor.

Es en 1889 cuando Stimson realiza una descripción de la técnica de ligadura de las arterias uterinas y ováricas. Y entre 1906 y 1909, la tasa de mortalidad disminuye a menos de 1% con esta técnica. (2,3)

En México, la primera histerectomía vaginal fue realizada en Febrero de 1878 por Nicolás San Juan y Francisco de P. Chacón. Y la primera histerectomía abdominal la realiza el cirujano Rafael Lavista el 22 de Marzo de 1878 y en 1899, publicada por el Dr. Ricardo Suárez Gamboa, Médico Cirujano Militar en el libro Histerectomía.

Fue en este siglo en que la histerectomía se populariza y se mejora en su técnica. Sims, Nertheim, Schauta, Nelly Money, Clarcke, Mayo, Meias y otros contribuyeron de manera significativa en el desarrollo del procedimiento con nuevas técnicas anestésicas, nuevos antibióticos así como una mejor medicina transfusional se populariza el procedimiento.

En 1930, Richardson introduce una técnica efectiva de la histerectomía abdominal para

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

evitar pérdida sanguínea masiva, misma que es la base de la histerectomía realizada hoy en día.

Finalmente, la primera histerectomía laparoscópica fue realizada en Kingston, Pensylvania en 1988 por el Dr. Harm Reich. (2)

Después de no haber gozado de popularidad durante el siglo pasado, la histerectomía ha pasado poco a poco a ser uno de los procedimientos quirúrgicos más efectuados, esto gracias a desarrollo de técnicas de asepsia y antisepsia, métodos quirúrgicos, adecuadas indicaciones preoperatorios así como nuevos conocimientos en la fisiopatología de las enfermedades. Actualmente podemos considerar a la histerectomía como el segundo procedimiento mas frecuente después de la cesárea en los Estados Unidos, encontrando una tendencia similar en otras series.

EPIDEMIOLOGÍA
La Histerectomía en E.U.

| AÑO | No. DE HISTERECTOMÍAS |
|--------------------------------|-----------------------|
| 1965 | 426, 000 |
| 1985 | 724, 000 |
| 1991 | 544, 000 |
| 1995 | 810, 000 |
| SE PREVEEN PARA EL 2005 | 824, 000 |

FUENTE: POKRAS, R. HUFNAGEL, et.al. Hysterectomy in the United States. Am. J. Public Health. 1998; 78: 852-3. (25)

En México la edad de las pacientes sometidas a histerectomía esta comprendidas en la quinta década de la vida con edad promedio de 47.3 años.

En 1988 la incidencia según la paridad mostró que un 8.4% de las histerectomías realizadas en el INPER fueron practicadas en múltiparas.

Podemos considerar dentro de las indicaciones principales para la histerectomía las siguientes:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MIOMATOSIS UTERINA.

Se considera que la miomatosis uterina contribuye de un 29 a 30% de las hysterectomías, teniendo como síntomas principales que justifican la cirugía, la metrorragia severa productora de anemias, dolor debido a la torsión de un mioma con pobre aporte sanguíneo y compresión de órganos adyacentes. (4)

La realización de hysterectomía por miomatosis sintomática, está indicada en solo algunas circunstancias como pueden ser la obstrucción ureteral silente y en pacientes con úteros equivalentes a 12 semanas de gestación.

Una alternativa a la hysterectomía por miomatosis sintomática puede ser, la miomectomía por técnicas de mínima invasión, la cual reporta una efectividad del 75% al 90%. Otro es el manejo con agonista de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRHf). Con ello se logra una importante disminución del tamaño de los miomas con un periodo de tratamiento de 2 a 3 meses previos a la hysterectomía, así mismo, se reduce la pérdida sanguínea quirúrgica. (5)

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL (HUD).

Se considera el 20% de las indicaciones para hysterectomía. Este es un diagnóstico de exclusión. La HUD suele deberse a la anovulación, con desprendimiento o maduración irregular del endometrio. La hemorragia uterina disfuncional que limita las actividades de la paciente o se asocia con anemia y deben ser tratada en forma inicial médicamente.

Actualmente se considera como alternativa la termoablación endometrial. En caso de falla y persistencia de sangrado crónico importante de ésta técnica, esta indicada la Hysterectomía. Se investigan nuevas técnicas con balón térmico, radiofrecuencia y terapia fotodinámica. (4)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROLAPSO GENITAL.

El prolapso genital contribuye en un 15% de las histerectomías. Este término incluye prolapso uterino, cistoureterocele, enterocele y rectocele. los principales síntomas atribuibles son presión pélvica, incontinencia urinaria y constipación. El prolapso asintomático de un útero que sobrepasa el introito es una clara indicación para histerectomía vaginal. (4)

ENDOMETRIOSIS Y ADENOMIOSIS.

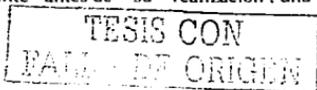
Aproximadamente un 20% de las histerectomías son realizadas debido a endometriosis, cuando es sintomática se asocia a dolor pélvico, dismenorrea, dispareunia y sangrado irregular. Debido a que la progresión de esta patología parece estrógeno dependiente, la terapia médica se basa en la supresión hormonal con agonista de la GnRh y Danazol. Las técnicas quirúrgicas conservadoras se realizan cuando se trata de endometriomas importantes.

La histerectomía esta indicada cuando los métodos terapéuticos anteriores fallan, o cuando los efectos secundarios complican la evolución.

La adenomiosis (endometriosis localizada dentro del miometrio) puede causar crecimiento uterino, menorragia y dismenorrea. En este caso la supresión hormonal no tiene una adecuada eficacia, por lo que la histerectomía es el método terapéutico indicado. (6,7)

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO.

El dolor pélvico crónico es en un 10% la indicación preoperatorio de histerectomía. Debe ser investigada la causa subyacente antes de su realización, una evaluación



ginecológica completa por examen pélvico, laparoscopia, ultrasonido o resonancia magnética debe descartar otra patología. (7)

Debe realizarse una evaluación gastrointestinal, urinaria y músculo esquelética así como evaluación psiquiátrica.

La terapia médica debe siempre ser tomada en cuenta en caso de dolor pélvico crónico idiopático. La utilización de antiinflamatorio no esteroideo y anticonceptivos orales poseen una respuesta favorable. Los agonistas GnRH no han probado su efectividad. Para considerar el éxito o falla del tratamiento médico, debemos considerar un periodo mínimo de cuatro a seis meses.

La realización de una histerectomía para mejorar el dolor pélvico refractario a tratamiento médico, se ha visto que tiene como factor en contra, que es la persistencia hasta en un 22% de la sintomatología. (8)

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL.

La hiperplasia endometrial se considera como indicación de histerectomía en un 3%, la mayoría de estas, son sin atipias y tienen un riesgo bajo de progresar a carcinoma endometrial. Por lo cual la histerectomía no esta indicada en estos casos.

La presencia de hiperplasia atípica es una indicación en circunstancias específicas. Cuando la preservación de la fertilidad es importante y se ha detectado un carcinoma endometrial, la terapia progestacional como monitorización estrecha es el tratamiento de elección; la histerectomía se considera, si la paciente desea un procedimiento definitivo o es posmenopáusica. (10)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA.

Cuando existe enfermedad anexial bilateral severa, puede ser realizada la histerectomía, y corresponde a 1% del total de las cirugías de este tipo, junto con salpingectomía o salpingooforectomía. También se realiza en los casos de piodmetra con estenosis cervical adquirida. Y como alternativas terapéutica se tiene la antibiótico terapia y el drenaje laparoscópico o por USG (9)

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL, CÁNCER UTERINO INVASIVO Y OTRAS NEOPLASIAS.

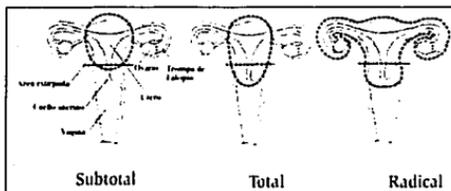
Actualmente, el criterio colposcópico que prevalece en relación a las neoplasias Intraepiteliales clase I, II o III es el tratamiento conservador con vaporización Láser o escisión con asa diatérmica, o crioterapia. Sin embargo, para el ginecólogo es la histerectomía el tratamiento de elección para el carcinoma cervical invasivo temprano, el adenocarcinoma de endometrio, el sarcoma uterino o tumores mesodérmicos mixtos. La histerectomía está indicada en la enfermedad trofoblástica gestacional que persiste después de la quimioterapia o en casos de sangrado incontrolable. (10)

OBJETIVOS DE LA HISTERECTOMÍA.

- Extirpar el útero a través de una incisión abdominal
- Evitar pérdidas de sangre excesivas de origen uterino.
- Evitar contaminación bacteriana en los casos de sepsis pélvica.
- Restaurar la anatomía pélvica y mejorar o preservar la función.
- Evitar complicaciones operatorias

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPOS DE HISTERECTOMÍA.



CLASIFICACIÓN.

ABDOMINAL

-TOTAL

- o INTRAFASCIAL
- o EXTRAFASCIAL

-SUBTOTAL

-RADICAL

-VAGINAL

- o FRAGMENTARIA
- o EXTIRPACIÓN DE ANEXOS

VALORACIÓN CLÍNICA PREOPERATORIA.

- Historia clínica completa (anamnesis).
- Estudios de laboratorios y gabinete.
- Colposcopia, con biopsia ó conización pertinente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Papanicolaou.
- Legrado o biopsia de endometrio.
- El ultrasonido pélvico, y la histerosalpingografía.
- Urografía excretora.
- Cultivo y exudado vaginal.

MORBILIDAD.

TRANSOPERATORIAS..... Sangrado en un 9 a 24%.

POSOPERATORIAS.

INMEDIATAS..... Sangrado de cúpula vaginal 1 a 1.2%.

POSOPERATORIAS..... Fiebre en un 15.5%.

TARDÍAS Infección de vías urinarias 7.3 a 12%.

MORTALIDAD.

PERÍODO POSQUIRÚRGICO TARDÍO:

Tromboembolia pulmonar29%.

Complicaciones sépticas35%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMPLICACIONES.**TIPO DE LESIÓN. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO****LESION URETRAL.**

| PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO | INCIDENCIA DE LESIONES URETERALES (%) |
|---|---------------------------------------|
| HISTERECTOMÍA ABDOMINAL | 0.5 – 1.0 |
| HISTERECTOMÍA VAGINAL | 0.1 |
| HISTERECTOMÍA RADICAL | 1.0 – 2.0 |
| ANEXECTOMÍA | 0.1 |
| OPERACIÓN DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ. | < 0.1 |

FUENTE: CONDE-AGUDELO A. Intrafascial abdominal hysterectomy: outcomes and complications of 867 operations. Int J Gynaecol Obstet 2000; 68(3): 233-9. (26)

LESIÓN VESICAL.

| TIPO DE LESIÓN | TIPO DE ABORDAJE DE LA HISTERECTOMÍA | | |
|----------------|--------------------------------------|---------|---------------|
| | ABDOMINAL | VAGINAL | LAPAROSCÓPICA |
| LESIÓN VESICAL | 1.2 % | 0.5% | 1.1 % |

FUENTE: CONDE-AGUDELO A. Intrafascial abdominal hysterectomy: outcomes and complications of 867 operations. Int J Gynaecol Obstet 2000; 68(3): 233-9 (26)

OTRAS COMPLICACIONES.

- LESIÓN INTESTINAL.
- FÍSTULA VESICOVAGINAL.
- HEMORRAGIA.
- INFECCIÓN.
- UROSEPSIS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN.

La histerectomía por vía abdominal ocupa un lugar preponderante dentro de las cirugías Ginecológicas en nuestro hospital y la concordancia del diagnóstico clínico y el patológico no siempre son congruentes.

Al conocer la diferencia existente entre el diagnóstico clínico y el histopatológico, estaremos en la posibilidad de realizar una buena valoración y mejor diagnóstico preoperatorio, disminuyendo en forma importante la morbilidad y mortalidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la correlación que existe entre las indicaciones clínicas y los resultados anatomopatológicos en la histerectomía ginecológica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Conocer los principales diagnósticos clínicos para realizar una histerectomía ginecológica.
2. Analizar la correlación que existe entre los diagnósticos clínicos y los hallazgos anatomopatológicos de las histerectomías ginecológicas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS.

El tipo de estudio de nuestro trabajo fue retrospectivo, observacional, descriptivo y abierto. Se revisaron los expedientes clínicos y los reportes anatomopatológicos de la histerectomía abdominal realizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza en el período comprendido entre el 31 de Mayo de 2000 al 31 de Mayo del 2003. Buscándose los expedientes clínicos de las pacientes operadas de histerectomía abdominal, para conocer la correlación que existe entre las indicaciones clínicas y los resultados anatomopatológicos en la histerectomía ginecológica.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes menores de 75 años, derechohabientes con ingreso hospitalario comprendido del 31 mayo del 2000 al 31 Mayo del 2003 y expedientes completos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Todos aquellos expedientes incompletos y que las pacientes histerectomizadas fueran mayores de 75 años, así como también se excluyeron las histerectomías vaginales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS.

En el periodo comprendido entre el 31 Mayo 2000 al 31 de Mayo del 2003 se registraron 613 histerectomías abdominales por indicación ginecológica. De estas pacientes se excluyeron 5, ya que no se encontraron reporte histopatológico, ni expediente clínico en el Archivo Clínico del Hospital.

TABLA No. 1
EDAD DE LA PACIENTE

| RANGO DE EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|---------------|------------|----------------|
| 25 - 29 años | 2 | 0,32 |
| 30 -34 años | 34 | 5,60 |
| 35 - 39 años | 90 | 14,80 |
| 40 - 44 años | 260 | 42,77 |
| 45 -49 años | 128 | 21,05 |
| 50 - 54 años | 87 | 9,38 |
| 55 - 59 años | 19 | 3,12 |
| 60 ó más | 18 | 2,96 |
| TOTAL | 608 | 100,0 |

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO, HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE.

Se consideraron 608 pacientes, de las cuales la menor edad reportada fue de 28 años y la mayor edad fue de 73 años, con un promedio de 46,7, una media de 43,26, con una desviación estándar de 6,98. (Tabla 1).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TABLA No. 2
ESCOLARIDAD DE LA PACIENTE**

| ESCOLARIDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|--------------|------------|----------------|
| ANALFABETA | 4 | 0.65 |
| PRIMARIA | 93 | 15.30 |
| SECUNDARIA | 160 | 26.31 |
| PREPARATORIA | 110 | 18.09 |
| TÉCNICA | 126 | 20.72 |
| LICENCIATURA | 115 | 18.93 |
| TOTAL | 608 | 100 |

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO, HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE.

En cuanto a la escolaridad de la paciente encontramos que la mayoría correspondió a pacientes con estudios de nivel medio superior dentro de los que se incluyen nivel técnico un 20.72%, preparatoria 18.09% los cuales sumados dan un total de 38.1%, secundaria 26.31% así como nivel licenciatura 18.93% seguida de escolaridad primaria con un 15.30%, siendo el menor número, **analfabetismo con un 0.65%** . (Tabla 2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA NO. 3
NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA PACIENTE

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE. (%) |
|-------|------------|-----------------|
| BAJO | 112 | 18.42 |
| MEDIO | 486 | 79.94 |
| ALTO | 10 | 1.64 |
| TOTAL | 608 | 100 |

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO, HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE.

Del total de las pacientes estudiadas se encontró que el nivel socioeconómico medio predominó con un 79.94%, seguida de 18.42% para el nivel socioeconómico bajo y el nivel socioeconómico alto con un 1.64% . (Tabla 3)

TENDIÓ CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 4
SEGÚN LA PARIDAD DE LA PACIENTE

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|-----------|------------|----------------|
| MULTIPARA | 584 | 96.05 |
| NULIPARA | 24 | 3.95 |
| TOTAL | 608 | 100 |

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO, HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA",
ISSSTE.

De los 608 casos revisados se encontró 584 paciente con paridad alta siendo 96.05% (más de 3 embarazos), y con 24 pacientes nulíparas en un 3.95%. (Tabla 4)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 5
DE ACUERDO AL MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|----------------|------------|----------------|
| H. INYECTABLES | 83 | 13.65 |
| H. ORALES | 118 | 19.41 |
| O.T.B. | 230 | 37.83 |
| D.I.U | 145 | 23.85 |
| NINGUNO | 32 | 5.26 |
| TOTAL | 608 | 100 |

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO, HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE.

En cuanto a los métodos de planificación familiar; el antecedente de OTB se presentó con mayor frecuencia con un 37.83% seguido de las pacientes usuarias de DIU 23.85%, con hormonales orales un 19.41%, y finalmente a los hormonales inyectables correspondió a 13.65%. Las pacientes que no utilizaron ningún método fueron un 5.26%.(Tabla 5)

TESIS CON
FALLA DE CREEN

TABLA No. 6
HÁBITO DIETÉTICO

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|---------------------------|------------|----------------|
| CONSUMO DE CARNES ROJAS | 410 | 67.43 |
| CONSUMO DE CARNES BLANCAS | 198 | 32.57 |
| TOTAL | 608 | 100 |

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO, HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE.

De acuerdo a los hábitos dietéticos que se observaron en este estudio, el grupo que mayor cantidad de consumo, por tipo fue el de carnes rojas con un 67.43% y en menor cantidad fue el de las carnes blancas con un 32.57%. (Tabla 6)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 7
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

| INDICACIONES PREOPERATORIAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|---|------------|----------------|
| MIOMATOSIS UTERINA | 482 | 79.27 |
| SANGRADO UTERINO ANORMAL | 47 | 7.73 |
| INFECCIÓN POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. (NIC I-II) | 44 | 7.23 |
| HIPERPLASIA ENDOMETRIAL | 11 | 1.81 |
| ADENOMIOSIS | 9 | 1.48 |
| CACU | 4 | 0.66 |
| CONGESTIÓN PELVICA | 4 | 0.66 |
| POLIPO ENDOMETRIAL | 3 | 0.50 |
| CÁNCER DE ENDOMETRIO | 2 | 0.34 |
| ENDOMETRIOSIS | 1 | 0.16 |
| CÁNCER DE OVARIO | 1 | 0.16 |
| TOTAL | 608 | 100 |

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO, HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA".

Las indicaciones principales de histerectomía en nuestro hospital durante el periodo estudiado de 3 años fueron las siguientes: miomatosis uterina con 482 casos (79.27%), sangrado uterino anormal 47 casos (7.73%), infección por virus del papiloma humano así como displasia leve y moderada, con 44 casos (7.23%), hiperplasia endometrial con 11 casos (1.81%), adenomiosis con 9 casos (1.48%) cáncer cervicouterino con 4 casos (0.66%), congestión pélvica con 4 casos (0.66%), pólipo endometrial con 3 (0.50%), cáncer de endometrio con 2 casos (0.34%), endometriosis en 1 caso (0.16%), cáncer de endometrio. (Tabla 7)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TABLA NO. 8
 REPORTE HISTOPATOLÓGICO**

| REPORTE HISTOPATOLÓGICO | FRECUENCIA | PORCENTAJE (%) |
|---|------------|----------------|
| MIOMATOSIS UTERINA DE MEDIANOS ELEMENTOS | 312 | 51.32 |
| MIOMATOSIS UTERINA DE PEQUEÑOS ELEMENTOS | 109 | 17.93 |
| MIOMATOSIS UTERINA DE GRANDES ELEMENTOS | 86 | 14.15 |
| INFECCION POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. (NIC I-II) | 70 | 11.51 |
| HIPERPLASIA ENDOMETRIAL | 14 | 2.31 |
| ADENOMIOSIS | 11 | 1.81 |
| CACU IN SITU | 3 | 0.49 |
| ENDOMETRITIS | 1 | 0.16 |
| CANCER DE ENDOMETRIO | 1 | 0.16 |
| CANCER DE OVARIO | 1 | 0.16 |
| TOTAL | 608 | 100 |

FUENTE: REPORTES ANATOMOPATOLÓGICOS, DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE

La correlación clínico-anatomopatológica reportada de acuerdo a los datos obtenidos del servicio de patología son miomatosis uterina de medianos elementos con 312 casos (51.32%) con miomatosis uterina de pequeños elementos con 109 casos (17.93%) para la papiloma humano más displasia leve y moderada con 70 casos (11.51%), en hiperplasia endometrial con 14 casos (2.30%), en adenomiosis con 11 casos (1.81%), para cáncer cervicouterino in situ en 3 casos (0.49%) endometritis con 1 casos (0.16%) cáncer de endometrio endometrio en 1 caso (0.16%), y por último para cancer de ovario en 1 caso. (Tabla 8)

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN.

La edad, en la que se sometieron a las pacientes a histerectomía abdominal, fue de 28 años la menor y la mayor de 73, lo cual difiere con algunos autores que reportan rangos de edad de 35 a 54 años, excluyendo a las pacientes mayores de 60 años. (11,12) El nivel de escolaridad de tipo medio superior, es el mas frecuente seguido del nivel licenciatura, dado que, dentro de los derechohabientes están trabajadores del gobierno que requieren de mayor instrucción escolar para desempeñarse en sus labores, y por lo general perciben un salario que les permite ser clasificados dentro del nivel socioeconómico medio. Con respecto a algunos autores, las mujeres con mayor escolaridad aceptan con mas convencimiento la histerectomía o tienen mayores recursos económicos para atención médica temprana. (13,14)

Por paridad el grupo mayor fue el de múltiparas (584 pacientes) contra el de nulíparas (24 pacientes). Hay estudios contradictorios en cuanto a la relación del número de gestaciones y la presencia de miomatosis (15). Day y Dunson refieren que posterior al parto, el útero miomatoso se remodela y los miomas tienden a disminuir de tamaño o a involucionar por medio de la apoptosis del músculo liso excedente. (16) Sin embargo, en las pacientes múltiparas se presentaron mayor cantidad de miomas que requirieron de histerectomía.

Con respecto a los métodos de planificación familiar usados previamente por las pacientes, se hace referencia a que el estímulo estrogénico de los anticonceptivos orales desempeña un papel importante en la producción de la miomatosis, sin embargo no hay una relación consistente de ésta variable (17). Por otra parte aunque se ha implicado que el síndrome postligadura tubaria puede ser causa de dolor pélvico, por lo tanto,

indicación de histerectomía. (18,19), en nuestro estudio se observó que el 37.8% es portadora de esta situación.

En cuanto al consumo de carnes rojas y el desarrollo de la miomatosis uterina se observó que se presentó en 67.43%, a diferencia de las pacientes que consumen carnes blancas. No hay suficiente bibliografía que apoye esta asociación, sin embargo, se comenta que el consumo de grasas saturadas y baja en fibra, como es el caso de consumo de carnes rojas, puede asociarse de manera mayor a padecer neoplasias en el aparato genitourinario (20), ya que en algunos informes médicos se habla de un alto nivel de estrógenos contenidos en las carnes rojas, lo que apoya el concepto que anteriormente mencionábamos con relación al estímulo estrogénico.

Dentro de las principales indicaciones para la histerectomía se encontró a la miomatosis uterina como la principal causa, siendo indicación preoperatorio en 482 pacientes, rebasando el 100 % el diagnóstico histopatológico, ya se demostró esta entidad en otros diagnósticos clínicos, principalmente la hemorragia uterina anormal. Estos resultados son similares a las encontradas en el estudio de Materia y cols. (14)

Dentro de los hallazgos preoperatorios la infección por el virus del papiloma humano es el 7.23%, dado que en el momento de la realización del presente estudio no se contaba la clínica de displasias, la realización de biopsias en las lesiones sospechosas de malignidad nos dio la oportunidad de diagnosticar NIC I y II en 44 casos preoperatorios y 70 postoperatorios, como el estudio colposcópico es actualmente de rutina para todas las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pacientes con vida sexual activa y como protocolo de estudio en las neoplasias del trato genitourinario, se espera que estas cifras se aumenten a pesar de la posición conservadora de algunos autores (21).

En la actualidad sólo se acepta la histerectomía por displasia severa o carcinoma in situ en pacientes que se aproximan a la menopausia.

Tenemos que la hiperplasia endometrial solo contó con 1.81%. La adenomiosis no ha sido debidamente valorada, su concordancia fue mala ya que en la mayoría de los casos es incidental y retrospectivo como hallazgo histopatológico, la cual se reportó en este estudio en el 1.81%. Esto se puede explicar porque en la mayoría de los casos se ingresan a cirugía por miomatosis uterina ya que se ve asociado en un 19.3%. Al ser tan baja su prevalencia en el hospital no es un diagnostico que se piense de primera instancia.

Dentro de las neoplasias malignas más frecuentes fueron en primer lugar el cáncer de ovario, de la cual se observa una correlacionado con el resultado histopatológico, de las siguientes neoplasias fueron el cáncer cervicouterino y finalmente el cáncer de endometrio. Esto probablemente porque no se realizó adecuadamente la toma de la biopsia. Mitchard y Hirschowitz refieren que en el cáncer endometrial tiene correlación con adenocarcinoma grado I de la FIGO, teniendo una asertividad con la biopsia y la pieza de histerectomía un 45% y en el grado III del 75.6%, debido a diferencias del

observador, incluso con el mismo patólogo que analizó la biopsia y el útero, sobre todo con las lesiones grado I. (22,23).

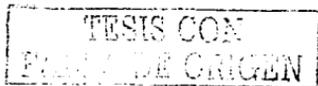
El diagnóstico preoperatorio de cáncer cervicouterino fue mayor con respecto a los hallazgos histopatológicos de las piezas de útero resecadas, probablemente a que se incluyó a pacientes a las cuales no se les realizaban colposcopias de manera rutinaria, siendo de gran importancia la toma de muestras por personal capacitado para disminuir el error diagnóstico (23,24)

El análisis de los reportes histopatológicos y su correlación clínica es parte del control de calidad del ginecólogo o quien realice la histerectomía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES.

- 1.- Existe una muy buena correlación clínico-histopatológico en el servicio de Ginecología del Hospital General Regional Ignacio Zaragoza del ISSSTE, en los diversos padecimientos ginecológicos.
- 2.- Se corrobora que la mayor frecuencia de histerectomías por miomatosis uterina a nivel mundial sigue siendo de los 40 a 50 años.
- 3.- La miomatosis uterina fue la principal indicación para realizar la histerectomía ginecológica.
- 4.- La correlación clínico-histopatológica por infección del virus del Papiloma humano no fue satisfactoria debido a hasta hace algunos años no se contaba con la colposcopia en la mayoría de los casos, aspecto que quedaría abierto para futuras investigaciones.
- 5.- La mejor correlación histopatológica fue la del cáncer de ovario posteriormente cáncer de endometrio y finalmente la de cáncer cervicouterino. Esto secundario al error de la toma de biopsias que realizando un análisis de los protocolos realizados en las pacientes sometidas a histerectomía
- 6.- Se observó una buena correlación clínico-histopatológico en la adenomiosis.

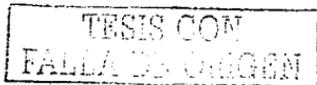


BIBLIOGRAFÍA.

- 1 Treloar, Susan A., Kim-Anh Do; O' Connor. Predictors of hysterectomy: An Australia study. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 182: 945-954.
- 2 Brett KM, Madans JH. Hysterectomy use: the correspondence between self-reports and hospital records. *Am. J. Public Health* 2000; 90: 1653-5.
- 3 Dorsey JH, Steinberg EP, Holtz PM. Clinical indications for hysterectomy route patient characteristics or physician preference? *Am J Obst. Gynecol* 1999; 177: 1452-60.
- 4 Lee NC, Dicker, Rubin GL, Ory HW. Confirmation of the preoperative diagnoses for hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol* 2000; 178: 283-87.
- 5 Stabinsky, Seth A.; et. al. Modern Treatments of Menorrhagia Attributable to Dysfunctional Uterine Bleeding. *Obstet. Gynecol* 1999; 54: 61-72.
- 6 LaLonde A. Evaluation of surgical options in menorrhagia. *Br J. Obstet Gynecol* 2000; 107: 12-18.
- 7 Clarke A, Black N, Rowe P. Indications for and outcome of total abdominal hysterectomy for benign disease A prospective cohort study. *Br J Obstet Gynecol.* 1998; 102: 511-30.
- 8 TAYLOR C.V. ET.AL. The expression of integrins and cadherins in Normal human leiomyoma uterine. *AM. J. Obst. And Gynecol* 2002; vol:134.
- 9 Linda D. Bradley, MD Tomamaso Falcone. *Clinicas ginecología y obstetricia Vol. 2000. Tratamiento contemporáneo de la hemorragia uterina anormal.* Ed. Mc Graw-Hill. :211-350.
- 10 Robert D Harris MD and cols. O outcome in female atients with pelvic pain and normal pelvic us findigs. *Obstetrics and Gynecology* 2000; 216 N. 2 : pp. 400-443.

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

- 11 Hwang, Jiann-Loung, et. al. Comparative study of vaginal, laparoscopically assisted vaginal and abdominal hysterectomies for uterine myoma larger than 6 cm in diameter of uterus. *Acta Obstetricia et Ginecol Scandinavica* 2002; 81 (12): 1132-38
- 12 Thakar, Ranee, et. al. Outcomes after total versus subtotal Abdominal Hysterectomy. *The New Engl. J. of Medicine*, Oct. 2002; 347 (17): 138-125.
- 13 Brett, Kate M.; Higgins, Jenny A. Hysterectomy Prevalence by Hispanic Ethnicity: Evidence From a National Survey. *Am. Journal of Public Health* 2003; 93 (2): 307-312.
- 14 Matera, E. et al. Hysterectomy and socioeconomic position in Rome, Italy. *Journal of Epidemiology and community Health* 2002; 56 (6): 461-465.
15. Parazzini F, Negri E. Reproductive factors and risk of uterine fibroids *Epidemiology* 1996; 7: 440-442.
- 16 Day Bard, Dona; Dunson, David B. Why is the parity Protective for Uterine Fibroids?. *Epidemiology* 2003;14(2): 247-250.
- 17 González-Merlo, J. En Hemorragias uterinas anormales. *Ginecología*. Ed. 7ª, Editorial Masson, España 1997; pp: 421-22.
- 18 Dorsey JH, Steinberg EP, Holtz PM. Clinical indications for hysterectomy route: patient characteristics or physician preference? *Am. J. Obstet Gynecol* 1995; 173: 1452-60.
- 19 Nyhus, Lloyd, M. L. Histerectomia abdominal simple El Dominio de la Cirugía. 3ª. Ed. Editorial Médica Panamericana, Argentina 1999; pp: 1876-1888.
- 20 Davey, Gwyneth K. EPIC-Oxford: lifestyle characteristics and nutrient intakes in a cohort of 33 883. *Public Health Nutrition* 2003; 6(3): 259-268
- 21 Altekruse, Sean F. Et. al. Comparison of human papillomavirus genotypes, sexual,



- and reproductive risk factors of cervical adenocarcinoma and squamous cell cancer: Northeastern United States Am J of Obst & Gynecol 2003; 188(3): 657-663.
- 22 Hart, WR. Clement, P; Oliva, E. Diagnostic aspects of uterine smooth muscle tumours. Histopathology Volume 41 Supplement October 2002; p p: 12-16.
- 23 Mitchard, J.; Hirschowitz, L. Concordance of FIGO grade of endometrial adenocarcinomas in biopsy and hysterectomy specimens. Histopathology April 2003. 42(4): 372-378.
- 24 Lee, Chris. Treatment of women with low-grade squamous intraepithelial lesions on cytologic evidence or biopsy results by board-certified gynecologists. American Journal of Obstetrics and Gynecology Vol: 188 (3) March 2003.
- 25 Pokras, R., Hufnagel. Hysterectomy in the United States, Am. J. Public Health. 1998; 78 : 852-3.
- 26 Conde - Agudelo A. Intrafascial abdominal hysterectomy, outcomes and complications of 867 operations. Int J Gynaecol Obstet 2000; 68(3): 233-9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A N E X O

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

"CORRELACIÓN ENTRE INDICACIONES CLÍNICAS Y RESULTADOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN LA HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA"

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

| | | |
|-----------------------------|----------------|---------------------|
| NOMBRE: | | EDAD: |
| Nº. DE EXPEDIENTE: | | ESCOLARIDAD: |
| OCUPACIÓN: | | |
| Nº. SOCIOECONÓMICO : | | |
| PESO: | TALLA : | IMC: |

| | | | | | |
|---|----------------|---------------------|-----------------|----------------|------------------|
| ANTECEDENTES OBSTETRICOS : | | | | | |
| MENARCA: | RITMO: | DISMENORREA: | | | |
| GESTA | PARTOS: | CESÁREAS: | ABORTOS: | ÓBITOS: | ECTÓPICOS |
| TIPODE MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO | | | | | |
| HORMONALES: | | INYECTABLES: | | ORALES: | |

| |
|--|
| HABITOS DIETÉTICOS: |
| PRECUENCIA EN CONSUMO DE CARNES ROJAS |

DETERMINACION DE VARIABLES.

| |
|---|
| DIAGNÓSTICO CLÍNICO: |
| DIAGNÓSTICO POR AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO: |
| CIRUGIA PROGRAMADA: |
| CIRUGIA EFECTUADA: |
| DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO |

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**