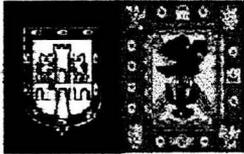


11217



**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
**México-La Ciudad de la Esperanza**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**  
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION**  
**EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

EVALUACION DEL MANEJO DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA.

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

**PRESENTADO POR**  
**DRA. MARIA DEL ROSARIO ARRAZOLA FLORES**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS  
DR. ALFONSO CASTAÑEDA SANCHEZ

- 2004



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.

613

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

EVALUACION DEL MANEJO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA

AUTOR: Dra. María del Rosario Arrazóla Flores

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

Vo Bo

Dr. José Antonio Memije Neri

Profesor titular del curso de especialización de Ginecología y Obstetricia

Vo Bo

Dr. Roberto Sánchez Ramírez

Director de Educación e Investigación



DIRECCION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION  
SECRETARIA DE  
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: MA. DEL ROSARIO  
ARRAZOLA FLORES  
FECHA: 21 SEPT. 04.  
FIRMA: \_\_\_\_\_

EVALUACION DEL MANEJO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA

AUTOR: Dra. María del Rosario Arrazóla Flores

Vo Bo

Dr. Afonso Castañeda Sánchez



---

Director de Tesis

Médico adscrito al servicio de Ginecología del hospital general Iztapalapa

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mis **Padres**: como un humilde regalo, por el más grande que ellos me han dado... la vida...

A **Jesús** por nuestro hijo y a mi **Ashley** por todo su amor y comprensión, y por todo el tiempo que nos debemos...

A **José Antonio, Luis Alberto, Gloria Azucena, Emmanuel y Alma Rosa** por todo su apoyo y amistad verdadera, cuando más lo he necesitado...

A todos mis **Maestros** por sus enseñanzas y como un ejemplo a seguir, con especial mención al Dr. Raúl Bernardo López García, Dr. José Luis Cerda Castellanos, Dr. José Manuel Chong Rodríguez, Dr. José Antonio Memije Neri, Dr. Fernando Villarruel Ordaz, Dr. Alfonso Castañeda Sánchez, Dr. Alfonso Rosey Reyes, Dr. Mariano Zacarías Flores.

A todos mis **amigos y compañeros** de mi vida profesional.

## **INDICE**

Resumen

<b>I</b>	Introducción	1
<b>II</b>	Material y Métodos	6
<b>III</b>	Resultados	7
<b>IV</b>	Discusión	9
<b>V</b>	Conclusiones y Recomendaciones	10
<b>VI</b>	Referencias Bibliográficas	11

## **ANEXOS**

## RESUMEN

**Objetivo General** .Analizar el manejo de las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, en el Hospital General Iztapalapa, en comparación con lo reportado en la literatura.

**Material y Métodos** Se efectuó un estudio retrospectivo, observacional, y transversal en el cual se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, en el Hospital General Iztapalapa, durante el periodo comprendido del 1º de julio del 2003 al 30 de junio del 2004.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 80 pacientes entre 24 y 56 años con una media de 40 años, con una desviación estándar de  $\pm 5.7$  años, siendo el grupo más afectado el de 40-44 años en un 36.2%. Con respecto al número de gestaciones el 61.2% tuvo más de 3 gestaciones. El método de planificación familiar utilizado en un 56.2% fue la O.T.B. La estancia intrahospitalaria es de 5 días en un 90%. El síntoma principal por el que las pacientes acuden a Consulta es el sangrado uterino anormal en un 73%. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico en un 91.6% la histerectomía y en caso de ser médico se emplea la progesterona en un 75%.

El presente estudio demostró que el grupo etareo más afectado por esta patología, es en la proximidad a la menopausia por lo que al cesar la función endocrina del ovario, se produce la atrofia del mioma. Sin embargo, esto ocurre solo en algunas ocasiones, por lo que el tratamiento es fundamentalmente quirúrgico como lo reporta la literatura.

**Conclusiones:** Se debe tener en cuenta que la histerectomía total abdominal no es el tratamiento de primera línea que se debe proponer a las pacientes con miomatosis uterina, excepto las que tienen indicación absoluta, ya que en la actualidad existen múltiples tratamientos médicos que se pueden utilizar de acuerdo al caso e incluso tratamientos quirúrgicos conservadores.

PALABRAS CLAVE.

Miomatosis uterina, Tratamiento..

## INTRODUCCION.

La miomatosis uterina es un padecimiento benigno, que se caracteriza por la presencia de uno o varios tumores constituidos principalmente por células musculares lisas, bien circunscrito pero no encapsulado. Entre los diversos términos para designar este padecimiento figuran: fibromiomatosis, leiomiomofibromatosis, fibroleiomiomatosis.

Más frecuentes en la tercera y cuarta década de la vida (el 90% de los casos, su diagnóstico se realiza entre los 35 y 54 años), pero pueden persistir y descubrirse en edades avanzadas. Son muy raros antes de los 20 años y excepcionales antes de la pubertad la paciente más joven en la que se ha diagnosticado un mioma tenía 13 años. Son más comunes en la raza negra (50%) que en la blanca (25%), aparecen con más frecuencia en mujeres núlpara o infértiles, aunque no se sabe con seguridad que es lo primitivo, si el tumor o la falta de descendencia.

Los esteroides ováricos parecen intervenir en el aumento de tamaño del leiomioma al mismo tiempo que preservan su actividad benigna.

Tanto los estrógenos como la progesterona intervienen activamente en el aumento de tamaño de los leiomiomas estimulando de forma anormal la expresión de factores de crecimiento autocrinos y paracrinos.

Está comprobado cómo casi el 50% de los miomas presentan un aumento de la actividad mitótica durante la fase lútea del ciclo, mientras permanecen relativamente inactivos durante la fase folicular.<sup>11</sup>

En el miometrio durante el ciclo menstrual, los receptores de estrógenos aumentan progresivamente hasta la mitad de la fase lútea para después disminuir probablemente debido a los altos niveles de progesterona. En los miomas, las síntesis de receptores de estrógenos durante la primera fase del ciclo en la cual el estrógeno está elevado sin la oposición de la progesterona

El factor de crecimiento epidérmico (EGF) tiene una actividad mitógena tanto sobre el ovario como sobre el endometrio. La producción de EGF parece ser

uno de los mecanismos a través del cual la progesterona estimula la actividad mitótica en los leiomiomas durante la fase lútea.<sup>11</sup>

En función de la localización anatómica que presentan se clasifican Miomas subserosos: Se encuentran por debajo de la serosa del útero, protruyendo en su crecimiento hacia la cavidad abdominal. Pueden ser pediculados, desarrollando en ocasiones un tallo extremadamente largo denominándose leiomioma errante o migratorio. Pueden estar adheridos al epiplón, intestino y otras estructuras adyacentes desarrollando un riego sanguíneo auxiliar, e incluso perdiendo su unión original al útero. Estos reciben el nombre de miomas parasitarios.

Miomas intramurales: Localizado en el espesor del miometrio sin distorsionar en gran medida el endometrio ni la serosa, pueden ser el origen de los submucosos.

Miomas submucosos: El 5-10% de los miomas. Constituyen las lesiones más sintomáticas; se originan en la pared miometrial y hacen protrusión hacia la cavidad endometrial. Los miomas submucosos pueden estar suspendidos de un pedículo e incluso prolapsarse a través del orificio cervical (mioma parido).<sup>13</sup>

Como se menciono anteriormente, un elevado número de casos son asintomáticos, del 10 al 40% aproximadamente incluso miomas voluminosos pueden no dar sintomatología alguna. Los síntomas más frecuentes son:

Trastornos Menstruales: la menorragia se reporta en un 30%, en la etiología se ha postulado como causa la ulceración de los tumores submucosos. Las alteraciones de la microvasculatura endometrial, ectasia o dilatación de las vénulas, puede empeorar el mecanismo hemostático endometrial normal, sea la adhesión plaquetaria y la formación de un tapón de fibrina.

Síntomas de compresión: su aparición esta condicionada por el volumen y la localización del tumor. Cuando el mioma alcanza un tamaño semejante a un útero gestante de 14-15 semanas, la paciente refiere aumento de volumen del abdomen y aunque parezca extraño, puede ser el primer síntoma que la mujer muestre y lo que le impulse a consultar al médico. A menudo va acompañado

de pesadez. Los tumores localizados en la pared anterior al útero pueden producir síntomas urinarios (polaquiuria, disuria, tenesmo) por compresión vesical, más rara vez producen retención urinaria aguda, hidrouréter o hidronefrosis. Los fenómenos compresivos sobre el intestino, en particular sobre el recto produciendo estreñimiento. La compresión sobre gruesas venas de la pelvis o linfáticos puede producir edema o varices de las piernas. A veces puede producirse compresión de los plexos nerviosos sacros o del nervio obturador.<sup>12</sup>

**Dolor:** los leiomiomas cursan normalmente asintomáticos, cuando son dolorosos pueden deberse a la degeneración carnosa o roja o ala torsión del pedículo de un mioma pediculado. Los cambios degenerativos tales como la hialinización (la más frecuente), calcificación, degeneración quística, degeneración carnosa o la necrosis consecutiva a la torsión del pedículo o la sarcomatosa ocurren con una frecuencia de entre 0.1 a 0.2% de los casos.

**DIAGNOSTICO:** La leiomiomatosis puede establecerse en 95% de los casos aproximadamente durante el examen físico. En el 5% restante se detecta patología alterna (neoplasias ováricas benignas y malignas endometriosis y adenomiosis). Los hallazgos físicos son variables y dependen del volumen, de la situación, del número y de la presencia o no de signos de degeneración del tumor.<sup>13</sup>

**TRATAMIENTO MEDICO:** Intenta aminorar o eliminar los síntomas vinculados con leiomiomas al disminuir el tamaño de los tumores o la cantidad de hemorragia, también puede usarse como coadyuvante en el tratamiento quirúrgico para disminuir el tamaño de los miomas.

*Hormonoterapia:* Basándose en lo expuesto sobre la posible histogénesis hormonal del mioma, no es extraño que se pusieran grandes esperanzas en la hormonoterapia. Pronto se demostró que la eficacia de esa forma de tratamiento es limitada. En algunas ocasiones tiene efecto favorable sobre las alteraciones menstruales; disminuyendo la hemorragia o normalizando la regla, pero carece de efecto sobre la regresión o involución del tumor.

*Testosterona*: por su acción antiestrogénica y efecto vasoconstrictor, en ocasiones tiene acción favorable sobre la hemorragia, debido a sus efectos secundarios este medicamento se ha abandonado.

*Progesterona*: se ha utilizado a dosis habituales en la segunda mitad del ciclo, durante varios meses consecutivos. Puede emplearse igualmente la asociación gestágenos-estrógenos administrados por vía oral.

Particularmente se ha señalado que los análogos de la GnRh pueden ser de utilidad como tratamiento preoperatorio del mioma. Se ha demostrado que los miomas contienen receptores de estrógenos y los análogos de la GnRh pueden ser eficaces al inducir un estado de hipoestrogenismo, induciendo una disminución del volumen y la vascularización, facilitando la técnica quirúrgica, en particular la miomectomía. Desafortunadamente se observa un rápido crecimiento 12 semanas después del cese del tratamiento, y su costo es muy elevado.

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO.

*Histeroscopia o Laparoscopia*: No se ha establecido la seguridad a plazos posteriores, debido a la necesidad de tratamientos adicionales posteriores o a dehiscencia uterina.

*Miomectomía*: la ventaja primaria es la conservación del útero y la preservación de la fertilidad. Los riesgos de pérdida sanguínea transoperatoria y el tiempo quirúrgico mayor deben menospreciarse en razón a la menor tasa de morbilidad infecciosa y daño ureteral.

*Histerectomía*: es el tratamiento definitivo de las pacientes con leiomiomas que han completado su paridad, el riesgo de mortalidad asociado a indicaciones benignas debe situarse en 1 de 1000 procedimientos. Cuando se realiza SOB al mismo tiempo, aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y osteoporosis si no se emplea terapia hormonal de reemplazo. El tratamiento debe ser individualizado, basado en los síntomas de la paciente y su estado de fertilidad, tanto por el tamaño y el crecimiento del útero.<sup>15</sup>

El Objetivo principal del presente trabajo es analizar el manejo de las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, en el Hospital General Iztapalapa, en comparación con lo reportado en la literatura.

La Miomatosis Uterina es el padecimiento más frecuente no solo del útero, sino de todo el tracto genital, ocurre entre un 20 a 25% de las mujeres en edad reproductiva, es más frecuente en mujeres mayores de 35 años; es asintomático de 10 a 40% de los casos. A los Miomas uterinos se les ha atribuido desórdenes reproductivos como la infertilidad, abortos recurrentes espontáneos y trabajo de parto pretermino.

Con respecto a la influencia de la gestación sobre la Miomatosis, el punto más debatido es el crecimiento del mioma durante el embarazo, originando alteraciones de la estática fetal por la deformidad de la cavidad uterina.

Por lo anterior en el Hospital General Iztapalapa, considerado un Hospital-Escuela de segundo nivel donde se imparte la especialidad de Ginecología y Obstetricia, donde además se atiende población abierta generalmente de escasos recursos es importante determinar cual es el manejo que se les da a las pacientes con esta patología.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se efectuó un estudio retrospectivo, observacional, y transversal en el cual se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, en el Hospital General Iztapalapa, durante el período comprendido del 1° de julio del 2003 al 30 de junio del 2004.

Según conste en los expedientes clínicos para obtener tamaño y diseño de la muestra, se realizó mediante censo. Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo. Se incluyeron todos los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, en el periodo de estudio de cualquier edad, se excluyeron pacientes con cualquier otro diagnóstico clínico.

Se identificaron las siguientes variables: edad, número de gestaciones, método de planificación familiar, días de estancia intrahospitalaria, cuadro clínico y exploración ginecológica, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico, complicaciones transoperatorias, complicaciones postoperatorias.

El plan de análisis estadístico se presenta con tablas de frecuencia graficándose mediante sectores. El análisis de los datos se realizó mediante métodos convencionales de cálculo, proporción, porcentaje, distribución, medidas de tendencia central, moda, mediana, rango.

En esta investigación participaron un investigador principal y el director de tesis, durante la realización de este estudio no se contó con financiamiento externo, solo se usaron los recursos físicos del Hospital tal como el archivo y materiales lápiz, goma sacapuntas, libreta, calculadora, expedientes clínicos.

## RESULTADOS

Se revisaron 100 expedientes clínicos con diagnóstico de miomatosis uterina, se excluyeron 20 por no contar con criterios de inclusión.

Se agruparon por quinquenio las edades de las pacientes obteniendo una media de 40 años con una desviación estándar de  $\pm 5.6$  años. El grupo más afectado por esta patología es el de 40 a 44 años en un 36.25%, seguido del grupo de 35 a 39 años con un 27.5% y en tercer lugar se encuentra el grupo de 45 a 49 años con un 15%. Fig. 1

Con respecto al número de gestaciones se encontró que el 61.25% contaba con más de 3 gestaciones, seguido del 27.5% con 1 ó 2 gestaciones y solo el 11.25% de las pacientes eran nuligestas. Fig. 2

El método de planificación familiar más empleado por las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina es la OTB en un 56.2%, seguido del 25% de las pacientes que no emplean ningún método y por último el 16.25% de las pacientes que utilizan el DIU. Fig. 3

El 87.5% de las pacientes, permanece en el hospital alrededor de 4 días, posterior al evento quirúrgico.

De acuerdo al cuadro clínico el síntoma más frecuente por el cual acuden las pacientes es el sangrado uterino anormal en un 73.7% seguido de la presencia de miomas palpables en un 13.7%, el 10% de las pacientes cursan asintomáticas y solo el 2.5% presentan malestar pélvico por datos de compresión. Fig. 4

En el presente estudio el 75% de las pacientes recibió tratamiento quirúrgico y solo el 25% recibió tratamiento médico.

Con lo que respecta al tratamiento médico el 75% de las pacientes uso progesterona y solo el 25% uso como manejo antiinflamatorios no esteroideos. Fig. 5

En cuanto al tratamiento quirúrgico en el 91.6% de los casos se realizó histerectomía total abdominal, seguido de 8.33% en el que se realizó histerectomía vaginal reconstructiva. Fig. 6

Se encontró con respecto a las complicaciones transoperatorias, que en el 80% de los casos no se presentan y cuando se presentan la más común es el sangrado en un 11.7% seguido de la lesión vesical en un 6.6% y por último la lesión ureteral en un 1.67%.

Se encontró que el 91.6% de los casos no presenta complicaciones postoperatorias, solo el 6.6% del tipo sangrado y 1.67% de infección.

## **DISCUSION.**

En el presente estudio se encontró que la edad media de las pacientes que acuden al Hospital General Iztapalapa, con el diagnóstico de miomatosis uterina es de 40 años con una desviación estándar de  $\pm 5.6$  años. y tal como lo reporta la literatura la población afectada se encuentra al final de la edad reproductiva.

Con respecto a la paridad se encontró, que la frecuencia de miomatosis uterina aumenta con un mayor número de gestas. Ya que el 61.3% tuvo más de 3 gestaciones. Contrario a lo reportado en la literatura.

Se encontró que el método de planificación familiar más empleado es la OTB en un 56.2% por lo que la presencia y/o crecimiento de los miomas en mujeres que emplean estrógenos por cualquier vía no debe ser atribuido al uso hormonal, observación que se opone a la literatura.

El síntoma principal por el cual acuden las pacientes a este hospital es el sangrado uterino anormal en un 73.7% a diferencia del 30% reportado por la literatura.

El tratamiento de la miomatosis uterina es fundamentalmente quirúrgico, acorde con lo reportado en la literatura.

El tratamiento médico se emplea habitualmente como tiempo previo antes de la intervención quirúrgica y en aquellos casos en que la paciente rechaza el tratamiento quirúrgico, en el presente estudio se encontró que el medicamento más empleado es la progesterona en un 75% ya que es más accesible económicamente hablando que los análogos de GnRh.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La edad más frecuente de las pacientes afectadas por esta patología es congruente con lo reportado en la literatura, se presenta en la población al final de la edad reproductiva. En relación a la paridad se observa incongruencia con la literatura al igual que el método de planificación familiar ya que en el presente estudio solo 2 de las pacientes emplearon en algún momento de su vida, método hormonal en cualquiera de sus modalidades.

Es necesario realizar una adecuada y oportuna valoración e individualizar cada caso, para poder ofrecer un mejor tratamiento que el algunos de los casos bien seleccionados, puede ser médico conservador y posteriormente valorar el aspecto quirúrgico, ya que como se ha demostrado la histerectomía total abdominal no siempre es inocua, tomando en cuenta las complicaciones transoperatorias como lesión a un órgano vecino, además del gran impacto psíquico, social y sexual que implica para la paciente.

Finalmente recordar que las indicaciones quirúrgicas en la Ginecología seguirán siendo hoy en día salvar la vida de nuestras pacientes, aliviar sus síntomas, corregir anormalidades anatómicas significativas y permitir la reproducción.

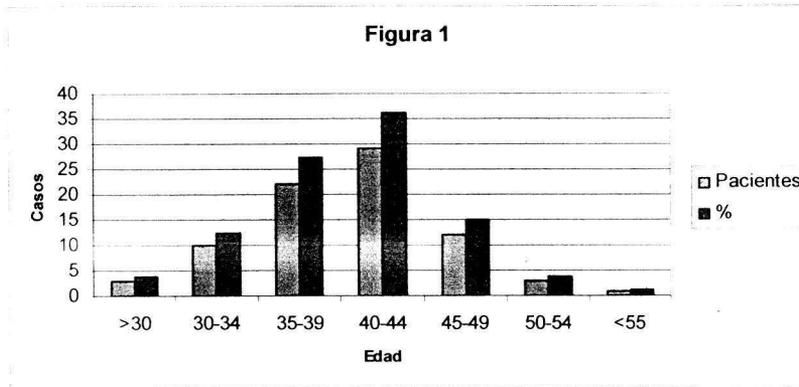
## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Rein MS, Novak RA: *Biology of uterine myomas and miometrium in vitro*. Seminars in Reproduction Endocrinology 1999; 10:310-19.
- 2 Murphy. AA, Kettel LM, Morales AJ, Roberts VJ, Yen SC: Regression of *uterine miomyomate in response to the antiprogestosterone RU 486*, J. Clin Endocrinol Metab 2000; 76: 513-517.
3. Phillip RN, Rauk MD. and Colby. *Mitogenic affects of basic fibroblast grown factor and estradiol on cultured human miometrial and leiomyoma cells*. Am J Obstec Gynaecol 2001; 173:571-77.
4. Fady I, Sharara, Linette K, Nieman: *Grown hormone receptor messenger ribonucleic acid expression in leiomyoma and surrounding myometrium*. 2002; 172: 814-19.
5. Leugur M, Lexie MO: "*The myomatous erithacytosis syndrome*". A review Obstet Gynecol 2000; Vol 86; 1026-1030.
6. Larasick S, Levtoaff AS: *Imaging of uterine leiomyomas*. Am J Obstec Gynaecol 2001; 158: 791-805.
7. Cienelly E, Romano F, Anastasio PS y cols: *Transabdominal sondy ecography transvaginal sonography and hystenocopy in the evaluation of submucosis myomas*. Obstet Gynaecol 1999; 85 (1): 42-7.
8. Van Elideren MA, Chistiaen, Scholten N, Sixma JJ: *Menorrhagia*. Current Concepts Drugs 2002; 43: 201-09.
9. Reinsch RC, Murphy AA, Morales AJ, Yen SSC: The effects of RU 486 and Leuprolide acetate on uterine artery blood flow in the fibroid uterus. A prospective randomiced study Am. J Obstec Gynaecol 2002; 170: 1623-28.
10. West CP: *GNRH analogues in the treatment of fibroids*. Reproductive Medicine Review 1999; 2: 1-97.
11. Villet R. et Salet-lizee D: *Hysterectomie par voie abdominale (pour lesions benignes)*. Med Chir (Paris-France). Techniques chyurgicales Urologie-Gynaecologie 1999; 41-600. 16p.
12. Bernstein S, Mc Clynn EA, SIU et al: *The appropriateness of hysterectomy. A comparision of care in seren health plans*. JAMA 2001; 269: 2398-2402.
13. De Meeus JB, Body G, Lemsefter J et Colbs: *L'hsterectomie par voieabdominole gardeu elle toutes ses indications. A propos de 340 observations*. J Gynaecol Obstet Biol Reprod 2002; 21: 513-518.

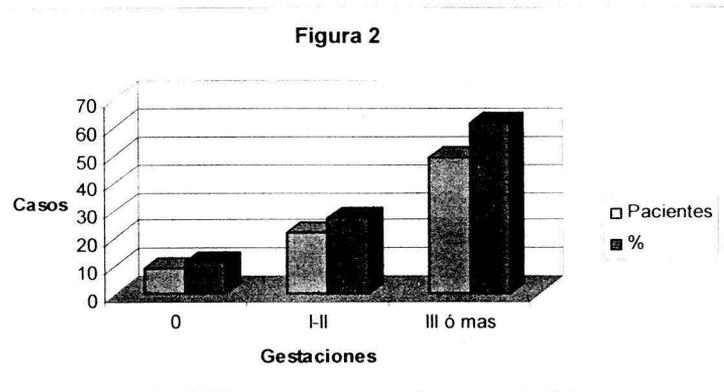
14. Wezhat C, Bess O, Admon D, Wezhat CH, Wezhat FR: Hospital cost comparison bet when abdominal vaginal, and laparoscopy assisted vaginal hysterectomies. *Obstet Gynaecol* 2000; 93:713-716.

15. Parker WH: *Management of adnexal masses by operative laparoscopy selection criteria* *J Reprod Med* 2001; 37:603-606

## ANEXOS

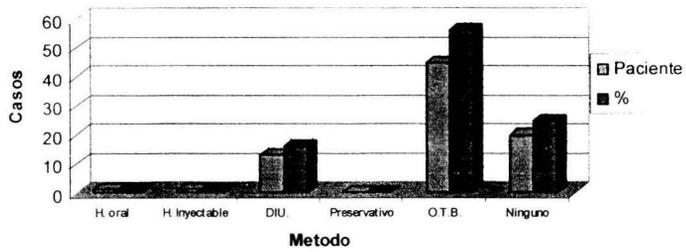


\*Fuente: Archivo clínico Hospital General Iztapalapa



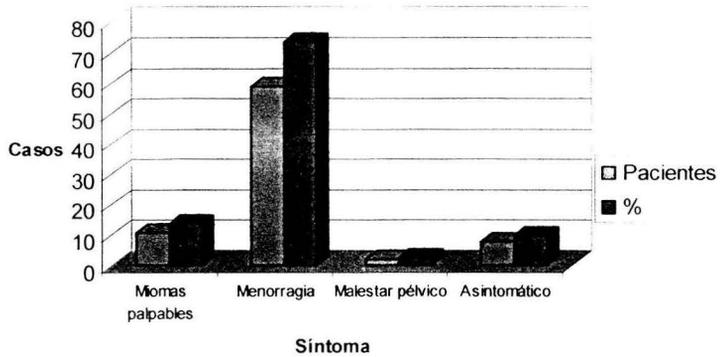
\*Fuente: Archivo clínico Hospital General Iztapalapa

**Figura 3**



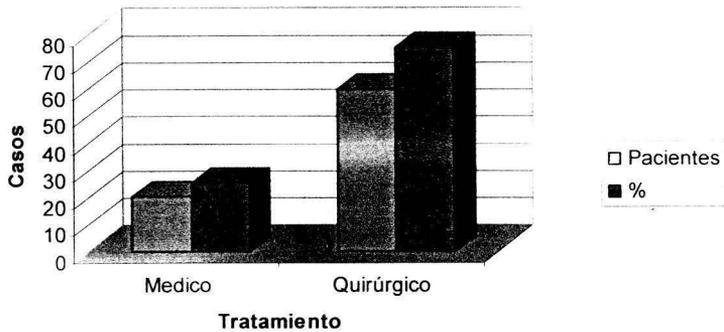
\*Fuente: Archivo clínico Hospital General Iztapalapa

**Figura 4**



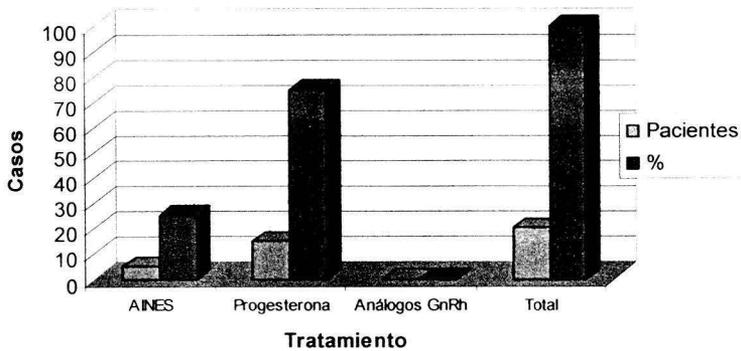
\*Fuente: Archivo clínico Hospital General Iztapalapa

**Figura 5**



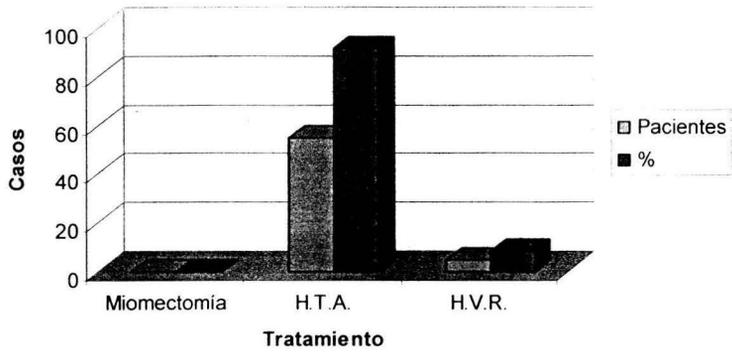
\*Fuente: Archivo clínico Hospital General Iztapalapa

**Figura 6**



\*Fuente: Archivo clínico Hospital General Iztapalapa

**Figura 7**



\*Fuente: Archivo clínico Hospital General Iztapalapa