

11217



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIO 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

“CORRELACION CLINICA, ULTRASONOGRAFICA E HISTOPATOLOGICA EN
HISTERECTOMIAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MILPA
ALTA”

TESIS PRESENTADO POR

DR. FEDERICO NAVARRO PEDROZA .

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA.

DIRECTOR DE TESIS:
DR. SERGIO GARCIA VELAZQUEZ

m342676 2005



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.

"CORRELACION CLINICA, ULTRASONOGRAFICA E HISTOPATOLOGICA EN
HISTERECTOMIAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MILPA
ALTA"

DR. FEDERICO NAVARRO PEDROZA

Vo.Bo.

DR. JOSE ANTONIO MEMIJE NERI

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

Vo.Bo.

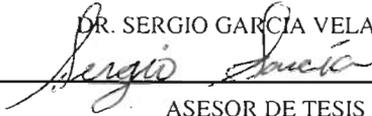
DR ROBERTO SANCHEZ RAMIREZ

DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION



Vo.Bo.

DR. SERGIO GARCIA VELAZQUEZ

A handwritten signature in cursive script, reading "Sergio Garcia Velazquez". The signature is written in black ink and is positioned above a horizontal line.

ASESOR DE TESIS

INDICE

ANTECEDENTES.....	2
MIOMATOSIS	3
CANCER CERVICOUTERINO:.....	3
SANGRADO UTERINO POSTMENOPAUSICO:	3
TUMORES OVARICOS:.....	3
DISTOPIAS GENITALES:.....	4
ENDOMETRIOSIS:.....	4
ADENOMIOSIS:.....	4
EFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA:.....	4
MARCO DE REFERENCIA.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	5
JUSTIFICACIÓN:.....	5
HIPÓTESIS:.....	5
OBJETIVO GENERAL:	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS:	6
DISEÑO DE ESTUDIO:.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	7
DISCUSIÓN.....	17
CONCLUSIONES.....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	20

ANTECEDENTES.

Dentro de la práctica ginecológica diaria, los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia son, por mucho: la histerectomía y las correcciones por distopias genitales (1,2,3) De las primeras las indicaciones son muchas y muy variadas, encontrando en cada una, dificultades técnicas que el ginecólogo debe estar preparado para resolver. Dentro de éstas, la primera es la anatomía de la cavidad pélvica que implica un reto constante para el cirujano por las estructuras que en ella se encuentran, su vecindad y de las posibles complicaciones tanto a nivel de tubo digestivo y a nivel urinario (1,4,5,6). Agregado a lo anterior se tienen procesos adherenciales secundarios a infecciones crónicas, endometriosis, cirugías previas y otras que conllevan a un aumento de vascularidad y deformación de la anatomía pélvica, que agregan a la técnica, la disección difícil en su mayoría de las veces e impide identificación de algunas estructuras. Otras patologías también distorsionan la arquitectura de la pelvis en forma secundaria a crecimientos tumorales, que desplazan estructuras y crean vasos aberrantes y de mayor diámetro, con la consecuencia lógica de mayor sangrado transoperatorio del esperado.

No se puede aislar a la pelvis femenina, con sus órganos genitales internos, de los órganos vecinos, ya que está sujeta a una gran variedad de patologías asociadas y, en consecuencia, a una interdependencia en la correspondiente terapéutica quirúrgica.

Es imposible una formación quirúrgica ginecológica sin los conocimientos integrales de la cirugía visceral pélvica.

Todo esto obliga al ginecólogo a realizar con gran destreza un procedimiento que pudiera tomarse como rutinario (6,7,8).

Por otra parte, vale la pena hacer mención especial al uso del ultrasonido para orientación y confirmación diagnóstica en pacientes ginecológicas. Dicho método se comenzó a utilizar desde hace más de 50 años, cuando los equipos de ecografía eran grandes y difíciles de maniobrar, además de que el poder de resolución de dichos aparatos no se asemejaba en lo más mínimo a los actuales. Con la evolución tecnológica los equipos ultrasonográficos se han hecho más pequeños, maniobrables y confiables, esto ha mejorado de forma importante las valoraciones ultrasonográficas de la pelvis, convirtiéndose en un instrumento de alto valor volviéndose indispensable para una valoración ginecológica completa (9,10,11,12,13, 14).

Dentro de la sofisticación y avances tecnológicos relativos al ultrasonido, no podemos pasar por alto el hecho de que actualmente se cuenta con transductores vaginales que permiten la identificación de patología endometrial y anexial de manera más exacta de lo que resulta con el transductor abdominal (13,14).

Por todo lo anterior vale la pena ahondar un poco en cuanto a las indicaciones relativas y absolutas en histerectomías realizadas en un segundo nivel de atención, sin tomar en cuenta en este estudio las indicaciones obstétricas ni las oncológicas que requieren de un tercer nivel de atención (7).

MIOMATOSIS .

El leiomioma uterino es el tumor benigno más frecuente, estando presente hasta en un 20% de la población femenina mayor de 35 años. En su forma asintomática, no existe indicación quirúrgica, pero en caso de presentar síntomas compresivos por el exceso de volumen o sangrados no coercibles por legrados uterinos biopsia, sin que desee preservar función reproductiva la indicación terapéutica es la histerectomía. Muchos de los sarcomas uterinos pasan inadvertidos y se diagnostican como hallazgo histopatológico posteriormente a la realización de la histerectomía pos una supuesta miomatosis, quedando así tratadas parcial o totalmente, dependiendo de la extensión del tumor.(1,2,13). Este tipo de degeneración maligna de leiomioma uterino (leiomiosarcoma)se encuentra presente en un 0.2 % o menos de las pacientes con miomatosis uterina.

CANCER CERVICOUTERINO:

De los tumores ginecológicos malignos, el cáncer cervicouterino (CaCu) continúa siendo el más frecuente en nuestro país. Con los programas de detección oportuna mediante citología y por colposcopia, se logran identificar lesiones precursoras o con Ca insitu.

El criterio terapéutico que se sigue en la clínica, plantea que, después de la colposcopia y la bipsia en caso de ser NIC III, Ca insitu o micoinvasor el tratamiento de elección es la histerectomía, dejando la opción del cono para aquellos casos seleccionados y que se desee preservar la función reproductiva (1,2).

SANGRADO UTERINO POSTMENOPAUSICO:

Lo primero que hay que descartar es un adenocarcinoma de endometrio, cuyo tratamiento es la histerectomía con salpingooforectomía bilateral, con o sin radioterapia complementaria. Por otra parte las lesiones consideradas como premalignas como son la hiperplasia endometrial especialmente de tipo adenomatoso, y los pólipos endometriales y endocervicales, también requieren de histerectomía, aunque existe tratamiento conservador como el hormonal y el legrado uterino biopsia (1,2 10,14).

TUMORES OVARICOS:

En presencia de un tumor ovárico benigno, la ooforectomía es suficiente tratamiento y se reserva la histerectomía para pacientes de más de 45 años o para aquellas en las que se realiza ooforectomía bilateral. En pacientes con tumor maligno de ovario, la conducta es realizar un lavado y citología de líquido peritoneal, histerectomía total, salpingooforectomía bilateral, apendicectomía, omentectomía diagnóstica para valorar grado de invasión y tratamiento complementario (1,5)

DISTOPIAS GENITALES:

La histerectomía vaginal se reserva para aquellos casos en los que existe descenso uterino grado II y III, sin coexistir con tumoraciones uterinas y/o anaxiales, en cuyo caso la vía más apropiada de abordaje es abdominal. Por otra parte muchos autores, la vía vaginal es la elección en caso de Ca de endometrio pero es controversial (1, 14,15).

ENDOMETRIOSIS:

Esta patología consiste en implantación de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, especialmente en el hueco pélvico, y cuya sintomatología es principalmente dolor pélvico crónico, dispareunia, dismenorrea secundaria y esterilidad. En pacientes muy sintomáticas, que no han mejorado con el tratamiento médico-hormonal, puede valorarse la posibilidad de realizar histerectomía. (1, 5,8).

ADENOMIOSIS:

Es la invasión benigna de tejido endometrial hacia la capa muscular del útero y para muchos autores no es más que una forma más de endometriosis. Simula clínicamente con mucha frecuencia a la miomatosis ya que el síntoma cardinal es la hiperpoliproiomenorrea.

Se encuentra con una frecuencia variable según diversos autores; en general es aceptada la frecuencia de 10 a 20%. El tratamiento puede ser la histerectomía, especialmente si tomamos en cuenta su asociación con miomatosis e hiperplasia endometrial (1,5,8)

EFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA:

El tratamiento indicado en caso de existir esta patología es la antibioticoterapia, antiinflamatorios y analgésicos, pero en algunas ocasiones se presentan con datos de abdomen agudo y se tiene que realizar laparotomía exploradora terminando muy probablemente en histerectomía, ya sea con o sin salpingoofporectomía uni o bilateral. También puede ser solución en aquellas pacientes con EPI crónica resistente a tratamiento antibiótico (1).

MARCO DE REFERENCIA.

Se realizó un estudio en el hospital de la mujer comprendido de enero de 1988 y mayo de 1989 participando 286 pacientes, encontrándose correlación entre los diagnósticos clínico-ultrasonográfico del 89%, y del clínico patológico de 87% y del ultrasonográfico y patológico fue de 66% (16)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ En qué porcentaje se correlacionan los diagnósticos clínico, ultrasonográfico e histopatológico en pacientes sometidas a histerectomía?.

JUSTIFICACIÓN:

Se decidió la realización del presente estudio en el hospital general de Milpa Alta por que la histerectomía es el procedimiento más realizado en esta unidad se realiza un promedio de una a dos histerectomías al día, además de contar con el servicio de ultrasonografía en la unidad las piezas quirúrgicas son enviadas a un mismo laboratorio de histopatología en el Instituto Nacional de Cancerología en el 100% de nuestras pacientes llevándose una estandarización.

El presente estudio se realizó revisando expedientes sin incurrir en gastos económicos ni humanos para la institución.

Haciendo un análisis comparativo se podrán identificar las posibles fallas más frecuentes en los diagnósticos clínicos y ultrasonográficos evitando en lo posible se sigan cometiendo fallas.

HIPÓTESIS:

La correlación clínica-ultrasonográfica es mayor a 90%, la clínica-histopatológica es menor a 90% y la ultrasonográfica-histopatológica es poco mayor a 66%

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la correlación clínica, ultrasonográfica e histopatológica en pacientes sometidas a histerectomía, en el periodo comprendido del 1 de enero al 30 de junio de 2003. En el Hospital General de Milpa Alta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar el número de histerectomías realizadas en el primer semestre del año 2003.

Conocer cuáles son las indicaciones más frecuentes para realizar la histerectomía.

Valorar las modalidades técnicas de histerectomía y su frecuencia.

Determinar la edad, menarca, inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales, menopausia, antecedentes obstétricos, sintomatología.

DISEÑO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron 186 reportes de patología correspondientes a las histerectomías realizadas por causa ginecológica en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de junio del 2003, excluyendo aquellas pacientes histerectomizadas por causa obstétrica. Por causas de tipo administrativo, ya que no se entregaron completos los expedientes solo se integraron al presente estudio 156 expedientes.

A todas las pacientes se les investigó la edad, menarca, inicio de vida sexual activa, menopausia y los antecedentes obstétricos (gestas, partos, abortos, cesárea), así como la sintomatología principal de su padecimiento ginecológico, el diagnóstico clínico preoperatorio, el diagnóstico ultrasonográfico e histopatológico, además de la correlación entre ellos.

RESULTADOS.

La edad de las pacientes osciló entre los 25 y 83 años con una media de 45.2 años, y 10.1 de desviación estándar. El grupo con mayor frecuencia estuvo entre los 41 y 45 años, representando el 26.3% (41 pacientes). Ver cuadro adjunto.

DISTRIBUCIÓN

GRUPOS DE EDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
de 25 a 35 años	8	5.1
de 31 a 35 años	14	9.0
de 36 a 40 años	28	17.9
de 41 a 45 años	41	26.3
de 46 a 50 años	34	21.8
de 51 a 55 años	8	5.1
de 56 a 60 años	7	4.5
mayor de 60 años	16	10.3
TOTALES	156	100.0

La menarca se presentó con mayor frecuencia en el grupo de edad de los 13 años (26.3%) seguido del de 14 años (34.4%) y el de 12 años (23.1%), permaneciendo en un rango de entre los 9 y los 19 años. Ver cuadro adjunto.

MENARCA	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
10 años o menor	6	3.8
de 11 años	13	8.3
de 12 años	36	23.1
de 13 años	41	26.3
de 14 años	38	24.4
de 15 años	15	9.6
16 años o más	7	4.5
TOTAL	156	100.0

En cuanto al inicio de vida sexual activa, este se llevó a cabo entre los 16 y los 20 años, con una frecuencia de 48.8% (76 pacientes).

En relación al número de compañeros sexuales la mayor parte de la población refirió haber tenido únicamente una pareja sexual (91 pacientes) que corresponde al 58.3%. Hubo un grupo de 6 pacientes núbiles. Ver cuadros adjuntos.

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	No CASOS	PORCENTAJE
Sin vida sexual	6	3.8
De 15 o menos	29	18.6
De 16 a 20 años	76	48.8
De 21 a 25 años	30	19.2
De 26 a 30 años	6	3.8
De 31 años o más	3	1.9
TOTAL	156	100.0

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	No DE CASOS	PORCENTAJE
0	6	3.8
1	91	58.3
2	26	16.7
3	9	5.8
4	3	1.9
MÁS DE 5	21	13.5
TOTAL	156	100.0

Sólo 39 pacientes (25%) fueron postmenopáusicas y de éstas a 15 se les presentó entre lo 46 y 50 años. Ver cuadro adjunto.

MENOPAUSIA	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
Antes de los 40	7	4.5
De 41 a 45 años	7	4.5
De 46 a 50 años	15	9.6
De 51 a 55 años	7	4.5
De 56 a más	3	1.9
TOTAL	39	25.0

En relación al número de embarazos de las pacientes y resto de antecedentes obstétricos se encontró que existe un rango de entre 0 y 16 embarazos con una media de 5.0 y una desviación estándar de 3.4, encontrándose 13 nuligestas (8.3%), y 78 pacientes (68%) con más de 10 embarazos. Ver cuadro.

GESTAS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
0	13	8.3
De 1 a 2	17	10.9
De 3 a 4	48	30.8
De 5 a 9	58	37.2
10 o más	20	12.8
TOTAL	156	100.0

En cuanto a la paridad encontramos cifras semejantes con un rango que va desde 0 a 14 partos, con una media de 3.9 y 3.1 de desviación estándar, 24 mujeres nulíparas (15.4%) y 64 grandes múltiparas (41%) ver cuadro anexo

PARTOS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
0	24	15.4
1 A 2	30	19.2
3 A 4	38	24.4
5 A 9	49	31.4
MÁS DE 10	15	9.6
TOTAL	156	100.0

Antecedentes de cesáreas en 29 pacientes y abortos en 61 pacientes es lo más destacado. Ver cuadro.

CESAREA	No PACIENTES	PORCENTAJE
0	127	81.4
1 A 2	22	14.1
3 A 4	6	3.8
MÁS DE 5	1	0.7
TOTAL	156	100.0

ABORTOS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
0	95	60.9
1 A 2	49	31.4
3 A 4	10	6.4
MÁS DE 5	2	1.3
TOTAL	156	100.0

El síntoma principal por el que acudieron con mayor frecuencia fue el de sangrado uterino anormal del tipo de hiperpoliproiomenorrea correspondiendo al 65.4% (102 pacientes), mientras que 38 presentaron dolor pélvico, 32 sensación de cuerpo extraño en vagina y vulva, 16 por presentar tumoración abdominal, 8 pacientes con síntomas no clasificados y 12 pacientes sin sintomatología. Ver cuadro anexo.

SÍNTOMAS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
SANGRADO	102	65.4
DOLOR PÉLVICO	38	24.4
CUERPO EXTRAÑO	32	20.5
TUMOR ABDOMINAL	16	10.3
ASINTOMÁTICA	12	7.7
OTROS	9	5.8

El diagnóstico clínico preoperatorio que se realizó con mayor frecuencia fue el de miomatosis uterina (97 pacientes), mientras que el prolapso uterino se diagnosticó en 27 pacientes, hiperplasia endometrial en 13, quiste de ovario en 11 y CaCu en 9 pacientes, adenomiosis en 7, con diagnósticos no clasificados 5 pacientes. Ver cuadro anexo.

DIAGNOSTICO CLINICO	No DE PACIENTES
MIOMATOSIS	97
PROLAPSO UTERINO	27
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	13
QUISTE DE OVARIO	11
CaCu	9
OTROS	5
ABDOMEN AGUDO	4

Se realizaron 107 estudios ultrasonográficos encontrando que el diagnóstico más frecuente fue el de miomatosis uterina en 88 pacientes, a 11 se diagnosticó quiste de ovario, 3 pacientes con ambos diagnósticos y 3 estudios normales. Ver cuadro adjunto.

DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO	No DE PACIENTES
MIOMATOSIS	88
QUISTE DE OVARIO	11
ESTUDIO NORMAL	3
MIOMATOSIS Y QUISTE DE OVARIO	3
OVARIOS POLIQUISTICOS	1
ADENOMIOSIS	1
SUBTOTAL	107
NO SE REALIZA USG	49
TOTAL	156

El diagnóstico histopatológico, se dividió en tres categorías: cervicales, cuerpo de útero y anexiales.
Ver cuadro adjunto.

Dx Histopatológico	No DE CASOS
CERVICALES	
CERVICITIS CRÓNICA INESPECÍFICA	145
INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO	42
METAPLASIA EPIDERMÓIDE	15
CaCu	7
DISPLASIA	3
UTERINOS	
MIOMATOSIS	88
ADENOMIOSIS	51
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	13
POLIPOS	4
SARCOMA UTERINO	3
ANEXIALES	
CISTADENOMA DE OVARIO	26
ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	8
HIDROSÁLPINX	4

Se realizaron 409 diagnósticos, 212 lesiones cervicales (52%), 159 lesiones uterinas (39%), y 38 de anexos (9%).

Dentro de los diagnósticos cervicales la frecuencia fue la siguiente: cervicitis crónica inespecífica en 145 pacientes, 42 con infección de virus del papiloma humano, 15 con metaplasia epidermoide, 7 con CaCu y 3 con displasia de leve a moderada.

Dentro de los diagnósticos uterinos encontramos 88 reportes de miomatosis uterina, 51 pacientes con adenomiosis, 13 con hiperplasia de endometrio, 4 con pólipos endometriales, y/o endocervicales y 3 con sarcoma.

En cuanto a las técnicas quirúrgicas empleadas se encontró que el 80% de la cirugías fueron histerectomía total abdominal (HTA) de las cuales el 16% se realizaron en forma simple, 27% con salpingoforectomía unilateral, y 37% con salpinooforectomía bilateral. El procedimiento que siguió en frecuencia fue el de histerectomía total vaginal más colpoperineoplastia anterior y/o posterior en un 13%.

Ver cuadro.

TÉCNICA QUIRÚRGICA	No PACIENTES	PORCENTAJE
HTA	25	16.0
HTA+SOU	42	26.8
HTA+ SOB	63	40.4
HTV + COLPO ANTERIOR Y/O POSTERIOR	21	13.5
HTV + COLPECTOMIA	5	3.3
TOTAL	156	100.0

Entre la correlación del diagnóstico clínico e histopatológico se presentó en 81% (127 casos) y en 19% (29) no existió correlación.

CORRELACION CLINICO-HISTOPATOLOGICA

	No CASOS	PORCENTAJE
PRESENTE	127	81.4
AUSENTE	29	18.6

En cuanto a la correlación de los diagnósticos clínicos y ultrasonográficos se encontró presente en un 92% de los casos. Ver anexo

CORRELACION CLINICA ULTRASONOGRAFICA

	No DE CASOS	PORCENTAJE
PRESENTE	98	91.6
AUSENTE	9	8.4

Por último, nos encontramos que la relación entre los diagnósticos ultrasonográficos e histopatológicos fue de 78%. Ver anexo.

CORRELACION ULTRASONOGRAFICA E HISTOPATOLÓGICA

	No DE CASOS	PORCENTAJE
PRESENTE	83	77.6
AUSENTE	24	22.4

De las 29 pacientes que no se encontró correlación histopatológica y clínica 17 tenían diagnóstico de miomatosis uterina, corroborado por ultrasonido en 16 casos. De éstas, 7 presentaron adenomiosis por patología, 3 con pólipo, 2 con hiperplasia endometrial, 2 quiste de ovario y en tres pacientes no se encontró indicación de histerectomía.

De las otras 12 restantes el diagnóstico preoperatorio fue de abdomen agudo, teniendo 4 diagnósticos de miomatosis por patología. Otras 3 fueron intervenidas por prolapso uterino y en las tres se encontró por patología miomatosis uterina aunque no presentaron sangrado uterino anormal. Por último 3 pacientes fueron sometidas a histerectomía con diagnóstico de masa abdominal en estudio, 2 con diagnóstico de quiste de ovario por ultrasonido, ambas con diagnóstico histopatológico de miomatosis y una sin ultrasonido con diagnóstico de quiste de ovario por patología.

Vale la pena hacer mención en cuanto a los datos de alto riesgo para determinadas patologías. Históricamente se menciona que el embarazo tiene un efecto protector contra la miomatosis uterina y la hiperplasia endometrial ya que inhibe el ciclo ovárico y añade al efecto estrogénico uno progestacional.

En este estudio se encontró que la mayor frecuencia de histerectomías fue indicada por miomatosis a pesar de que la gran mayoría de las pacientes presentó multiparidad, con menarca dentro de los límites normales, y menopausia entre 45 y 50 años.

RELACION ENTRE PARIDAD Y MIOMATOSIS

No DE EMBARAZOS	No PACIENTES	PORCENTAJE
0	7	8.0
1 A 2	13	14.8
3 A 4	30	34.1
5 A 9	32	36.3
10 O MÁS	6	6.8
TOTAL	88	100.0

RELACION ENTRE HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO Y PARIDAD

No DE EMBARAZOS	No PACIENTES	PORCENTAJE
0	1	7.7
DE 1 A 2	3	23.1
DE 3 A 4	4	30.7
5 O MÁS	5	38.5
TOTAL	13	100.0

Por otra parte los datos que se toman en cuenta para IVPH , displasia y CaCu están relacionados con inició precoz de vida sexual y con múltiples parejas sexuales, y multiparidad.

En lo que se refiere a el inicio de vida sexual activa 27 de 42 pacientes reportadas con IVPH y todas las reportadas con CaCu iniciaron vida sexual antes de los 20 años.

En cuanto al número de compañeros sexuales se encontró que 23 de las 42 pacientes con IVPH y 3 de las 6 con CaCu tuvieron únicamente una pareja sexual.

Por último, en relación al número de partos encontramos que 25 de las 42 con IVPH y 3 de las 6 con CaCu tuvieron más de 5 hijos nacidos por vía vaginal. Ver anexos.

RELACION DE DIAGNOSTICADAS CON CaCu E IVPH EN RELACION CON VIDA SEXUAL ACTIVA

	I.V.P.H.	CaCu
EDAD DE INICIO	No DE PACIENTES	No DE PACIENTES
MENOS DE 15	9	3
16-20	18	2
21-25	5	1
26-30	3	0
MÁS DE 31	7	1

RELACION CON EL NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES

C. SEXUALES	I.V.P.H. No DE PACIENTES	CaCu No DE PACIENTES
1	23	3
2	5	2
3	3	1
4	2	0
SE IGNORA	9	1

RELACION CON MULTIPARIDAD

	I.V.P.H.	CaCu
PARTOS	No DE PACIENTES	No DE PACIENTES
0	2	0
1-2	9	1
3-4	6	2
5-9	19	3
MÁS DE 10	6	0

DISCUSIÓN

Se hizo una comparación entre el estudio realizado en el hospital de la mujer con 256 pacientes hysterectomizadas con las 156 pacientes del hospital de Milpa alta. El estudio realizado en nuestro hospital, se encontraron muchas similitudes, con las cifras obtenidas en el hospital de la mujer, comenzando con que la mayor parte de la población hysterectomizada correspondió al grupo de edad de entre 40 y 50 años.

La menarca se presentó con más frecuencia a los 13 años (26.3%), iniciando vida sexual activa entre 16 y 20 (48%) habiendo tenido únicamente una pareja sexual el 58.3% de ellas (91 pacientes), el 3.8% (6 pacientes) eran núbiles al momento de la cirugía. El 25% de las pacientes eran postmenopáusicas, habiéndose presentado en 15 de ellas entre los 46 y 50 años.

Llama la atención la multiparidad encontrada en nuestra población, ya que 58 (37%) de las 156 pacientes, tuvieron entre 5 y 16 embarazos con una media de 5.0 y desviación estándar de 3.1 con un rango de 0 a 16. La paridad refleja cifras semejantes encontrando la media en 3.9, desviación estándar de 3.1 con rango de entre 0 y 14.

Sólo en 8.3% fueron nuligestas y el 15.4% nulíparas. Hubo 29 pacientes con el antecedente de cesáreas y 61 con antecedente de abortos.

Todo lo expuesto refleja una población con antecedentes ginecológicos dentro de límites normales, menarca y menopausia dentro del rango esperado.

En cuanto a los antecedentes obstétricos reflejan inicio de vida sexual activa precoz, multiparidad conllevando al aumento de riesgo para IVPH y CaCu, cervicitis crónica, y displasias.

Por otra parte, la multiparidad se asocia con las distopias genitales que pueden llegar hasta el prolapso uterino (1).

El síntoma por el cual acudieron la mayor parte de las pacientes fue el sangrado uterino anormal, seguido de dolor pélvico y sensación de cuerpo extraño en vagina aportando datos similares a los del estudio del hospital de la mujer que sirvió como marco de referencia. El diagnóstico clínico preoperatorio e indicación de hysterectomía fue, para 97 pacientes el de miomatosis uterina, correspondiendo al 62% de los diagnósticos clínicos, comparable con el 66.1% encontrado en el hospital de la mujer.

Se realizó ultrasonido en 107 pacientes (65.5%) y de éstas se presentaron reporte ecográfico de miomatosis uterina.

Los diagnósticos histopatológicos aportan un aumento considerable en relación a la presencia de patología cervical como cervicitis crónica inespecífica que se encontró en el 10% de la población del hospital de la mujer, en contraste con el 93% reportado en nuestro estudio. Por otra parte, también se encontraron mayor número de casos (42) de IVPH en nuestra población de estudio en comparación con los 28 del hospital de la mujer.

El reporte de miomatosis uterina por patología, fue el más frecuente en nuestro hospital (88 casos) a diferencia de los 18 casos del hospital de la mujer, seguidos

de 26 de pólipo endometrial 43 con hiperplasia de endometrio y 69 con adenomiosis. La cifra de adenomiosis en nuestro hospital fue de 51. La correlación clínico-histopatológica fue mejor en el hospital de la mujer con 87% de aciertos contra 81 de nuestra unidad, mientras que la correlación clínico ultrasonográfica y ultrasonográfica-histopatológica fue mejor en nuestro hospital encontrándola presente en 92 y 78% respectivamente contra 89 y 66% reportada en el hospital de la mujer.

CONCLUSIONES.

1.- Durante El periodo del 1 de enero al 30 de junio de 2003 se realizaron en el hospital general de Milpa Alta 186 histerectomías con indicación ginecológica.

2.- El 83.2% se realizaron por vía abdominal, en 63 casos se realizó salpingooforectomía bilateral, en 42 pácientes se realizó salpingooforectomía unilateral. Por vía vaginal se realizaron 27 procedimientos vaginales, 5 de ellos se realizó histerectomía más colpectomía y 22 con colpoperineoplastia anterior y/o posterior.

3.- El diagnóstico clínico más frecuente fue el de miomatosis uterina seguido por prolapso uterino y quiste de ovario. El diagnóstico histopatológico más frecuente fue miomatosis seguida de adenomiosis. El diagnóstico ultrasonográfico más realizado fue el de miomatosis.

4.- La correlación clínico-histopatológico fue del 81%; la clínico-ultrasonográfica fue del 92% y la ultrasono-patológica fue de 78%.

Se consideran que estas cifras pueden y deben mejorarse, como con las pacientes que fueron histerectomizadas con diagnóstico de hiperplasia de endometrio no se les realizó ultrasonido siendo este de mucha utilidad, especialmente si se realiza con transductor vaginal.

Finalmente, si el médico joven e inexperto , se apoya en personas con más experiencia durante las exploraciones pélvicas, se eliminarán importantemente los errores en el diagnóstico clínico. Además se debe completar el protocolo para realizar un procedimiento quirúrgico cualquiera que fuere, en este caso el de histerectomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Te Linde. Ginecología quirúrgica. Edición 50. Editorial panamericana.
2. Anne M, Allison R. E myomas and factors associated with hysterectomy in premenopausal women. AmJ Obstet Gynecol. 1997. Vol. 176. N 6.
3. 4.
4. 5. Thomas c, J Thomas. 2001 Consensus guidelines management of woman with cervical intraepithelial neoplasia. AmJ Obst Gynecol. Jul 2003 Vol. 188,N2.
5. 6. Michael S, Broder D, Assessing symptoms before hysterectomy : is the medical record accurate? AmJ Obstet Gynecol Jul 2001,Vol. 185, N 1.
6. 7. James H, Earl p, Clinical indications for hysterectomy route. Patients characteristics or physician preference? Amj Obstet Gynecol, Nov 1995, Vol 173, N 5.
7. 8. Evan R, Jonh F, Risk adjustment for complications of hysterectomy: limitations of routinely collected administrative data. AmJ Obstet Gynecol. Sept 1999, Vol 181, N 3.
8. 9. Susan A, Klim A, Predictor of hysterectomy: An Australian study. AmJ Obstet Gynecol Abril 1999, Vol. 180, N4.
9. 10. Georgina I, Stephen H. Health-related quality of life measurement in woman with common benign gynecologic conditions: A systematic review. AmJ Obstet gynecol. Agosto 2002, Vol. 187 n 2.
10. 11. Margit D. Eric L. Accuracy of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in the diagnosis, mapping, and measurement of uterine myomas. AmJ Obstet gynecol. Marzo 2002, Vol. 186, N3.
11. 12. Steven R, Llana Z. Ultrasonography-based triage for perimenopausal patients with abnormal uterine bleeding. AmJ Obstet gynecol. Julio 1997, Vol. 177 N 1.
12. 13. Carter J, Fowler J. How accurate is the pelvic examination as compared to transvaginal sonography- a prospective, comparative study. J Reprod. Med, 1994 Enero 39(1): 32-34.
13. 14. Frederick J, Paulson R. Routine use of vaginal ultrasonography in the operative evaluation of gynecologic patients. J Reprod med. 1991 Nov, 36 (11) 779-82.
14. 15. Lillian M, Valerie A. The accuracy of endometrial biopsy and saline sonography in the determination of the cause of abnormal uterine bleeding. AmJ Obstet Gynecol. Mayo 2002, Vol. 186, N 5.
15. 16. B: Gull. B. Kartson. Can ultrasound replace d and curettage in endometrial cancer? AMj Obstet Gynecol. Am J Obstet gynecol. Feb 2003, vol 188, N2.
16. 17. Jones B. Davey D. Quality management in the gynecologic cytology using interlaboratory comparison. Arch Pathol Lab Med. Mayo 2000; 124 (5): 672-81.