

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CORRELACIÓN CLÍNICA, ULTRASONOGRÁFICA Y ANATOMOPATOLÓGICA
DE LA MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DR NICOLAS RAMIREZ GOMEZ

TUTOR DE TESIS

DR. VICTOR HUGO PULIDO OLIVARES
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGIA HJM

MEXICO DF

DICIEMBRE 2008



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.

DR. JESUS SANCHEZ CONTRERAS.
JEFE DE LA DIVISION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

DR. VICTOR HUGO PULIDO OLIVARES
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO.

DR. LUIS DELGADO REYES
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

INDICE

TITULO	5
INTRODUCCIÓN	6
ANTECEDENTES	7 - 13
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECIFICOS	15
MATERIAL Y MÉTODOS	16
RESULTADOS	17 - 32
DISCUSIÓN	33 - 34
CONCLUSIONES	35 - 36
BIBLIOGRAFÍA	37 - 39

CORRELACIÓN CLÍNICA, ULTRASONOGRÁFICA Y ANATOMOPATOLÓGICA
DE LA MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

INTRODUCCIÓN.

Frecuencia de los leiomiomas uterinos están presentes 20 a 25 % de las mujeres en edad reproductiva, siendo más frecuentes en mujeres de raza negra. Con una etiología desconocida, presentándose la hemorragia como síntoma principal aunque pueden ser asintomáticos, diagnosticándose mediante exploración física, y complementándose con estudios de gabinete.

En el servicio de ginecología de Hospital Juárez de México uno de los principales eventos quirúrgicos es la cirugía ginecológica presentando la histerectomía como la principal.

Por lo que realiza este estudio con la finalidad de saber la frecuencia que predomina en el hospital Juárez de México, así, como saber los factores predisponente, manifestaciones clínica mas frecuente, complicaciones medicas y la correlación con el diagnostico de ingreso a cirugía con la correlación del estudio histopatológico.

Para determinar si el diagnostico fue el correcto así como la indicación quirúrgica fue la adecuada sobre todo al grupo de edad.

MIOMATOSIS UTERINA

CONCEPTO:

Los miomas denominados con otras acepciones como fibromas etc., es el tumor benigno más frecuente en la mujer en la edad reproductiva, los cuales están bien circunscritos y frecuentemente están rodeados de una pseudo cápsula de tejido fibroso. Constan principalmente de músculo liso, además de tener elementos de tejido conjuntivo y con núcleos alargados. Pueden ser únicos o múltiples, de tamaño variable, desde microscópicos hasta gigantesco^{1,2}

EPIDEMIOLOGIA.

De los tumores pélvicos, son los más frecuentes, con una frecuencia aproximada del 25% y este porcentaje aumenta al 50 % si los miomas se buscan sistemáticamente en las autopsias, en realidad, la incidencia real de los miomas está subestimada puesto que solamente tiene en cuenta los miomas sintomáticos. Iniciando su mayor frecuencia de diagnóstico en mujeres mayores de 35 años, y constituyen la indicación quirúrgica de histerectomía así como de realización de legrados uterinos.³ Su mayor frecuencia es en la cuarta y quinta década de la vida, y Jennifer reporto que son más frecuentes en las mujeres de piel negra., Se ha visto que desarrollan una mayor cantidad de miomas , más grandes y en edades más tempranas que el las mujeres de piel blanca ²² existe una predisposición familiar a los miomas que es 2,2 veces más frecuente cuando en la familia de primer grado existen mujeres con dos o más miomas ²³.Se han determinado factores protectores de los miomas como son la paridad, la anticoncepción orales y el tabaquismo ^{22,24,25}. Y existe regresión en la posmenopáusica.

ETIOLOGIA.

Se desconoce su etiología.

Se sabe que son de origen unicelular, surgen del músculo liso presente en el miometrio. Derivan de restos persistentes y pequeños de células embrionarias.

Otras teorías surgieron que provienen del músculo liso de la pared de los vasos sanguíneos miometriales. ^{1, 2,3}

En su crecimiento esta relacionado con la presencia de receptores para estrógenos el aporte sanguíneo y la relación entre estos se reporta que el crecimiento regulado por el factor de crecimiento epidérmico el cual es sintetizado por las células endometriales aumentado las mitosis en el endometrio, miometrio y ovarios, el factor de crecimiento epidérmico puede ser secundario a la estimulación por los estrógenos y progesterona.

Al igual que los factores de crecimiento insulínico destacamos que la estimulación del crecimiento por la progesterona se a observado únicamente en pacientes jóvenes y por ultimo se a considerado a la proteína BCL 12 conocida como muerte celular programada muestra un aumento en su expresión en los fibromas con respecto al miometrio sano ^{26,27,28}

En este último punto también se encuentra relacionada la progesterona.

PATOLOGIA GENERAL MACROSCOPICA Y MICROSCOPICA.

Su clasificación depende de su localización. Los intra murales se sitúan en la pared muscular sin tener proximidad con la mucosa o serosa. Al ocurrir el crecimiento corporal, éste tumor deforma la cavidad y la superficie externa del útero. Los **subserosos** se proyectan desde la superficie externa del útero, y en ocasiones los pediculados quedan adheridas a vísceras subyacentes, peritoneo o epiplón, pierden su vasculatura primaria y adquieren vasos secundarios del órgano al que están adheridos (parasitarios). Los intraligamentarios se derivan de la proliferación de un tumor **subseroso** en el ligamento ancho y pueden comprimir los ureteros, o incluso los vasos sanguíneos pélvicos (revisten especial importancia por la dificultad de su escisión quirúrgica). Los **submucosos** se localizan en un plano subendometrial, desplazan y adelgazan el endometrio, el cual se convierte en sitio de necrosis e infección conforme crecen (suelen ser pediculados y pueden sobresalir en el cervix o la vagina con riesgo de infección).

Tienen además localizaciones extrauterinas, en trompas de Falopio, ligamento ancho, ligamento útero sacro, vagina vulva o tracto gastrointestinal.^{1, 2} Algunas variantes raras benignas son la miomatosis metastásica benigna y miomatosis peritoneal diseminada, generalmente en estas alteraciones existen regresión al desaparecer el estímulo estrogénico.⁶

CAMBIOS SECUNDARIOS

DEGENERACIÓN

En los miomas ocurren diversos fenómenos degenerativos, dichos cambios se derivan de alteraciones en su riesgo sanguíneo, en caso de crecimiento acelerado, embarazo, accidentes mecánicos y atrofia posmenopáusica. El tipo más frecuente de degeneración es la **hialinización** 65%, que puede ser focal o afectar áreas muy grandes, al corte se observan zonas amplias de tejidos conectivo hialino que sustituye a las células de músculo liso. La degeneración **quística** consiste en la presencia de áreas grandes o pequeñas con licuefacción y cambios mixomatosos de consistencia blanda. Presentándose hasta en un 4% y 15% respectivamente. La **calcificación** ocurre más frecuentemente en pacientes posmenopáusicas en un 4%-10%. La degeneración **adiposa** suele observarse como signo coincidente en análisis microscópico es poco frecuente. La **necrosis** por déficit de aporte sanguíneo o por una infección extensa puede ser focal o extenderse por todo el tumor, microscópicamente se observa un mioma blando de color blanco –amarillento, una forma muy típica de necrosis es la carnososa o degeneración **roja** que ocurre cuando el mioma crece rápidamente, hay un infarto muscular agudo que causa dolor severo e irritación peritoneal localizada.

La degeneración roja se debe a necrosis aséptica relacionada con hemorragia en la sustancia del tumor y hemólisis subsecuente. Las infecciones se relacionan con enfermedad pélvica inflamatoria subyacente; aunque más frecuentemente se presenta en miomas submucosos pediculados, que primero se vuelven necróticos y posteriormente se inflaman.

La degeneración puede producir signos y síntomas que requieran tratamiento inclusive quirúrgico y es posible aunque en muy baja frecuencia (menos del 1% de los casos) la transformación **sarcomatosa**.⁶ los miomas se clasifican histológicamente de acuerdo al número de mitosis por campo: se considera maligno cuando hay más de 10, limítrofe de 5 a 10, y cuando carecen de atipias son referidos como miomas celulares y no se consideran sarcomas. Se presenta más frecuentemente en la 5ª y 6ª década de la vida, con hemorragia posmenopáusica y crecimiento uterino rápido. El tratamiento depende de su estadio y puede ser quirúrgico con quimioterapia o radioterapia complementarias sin embargo la sobrevivencia no mejora.^{5,7,9}

CUADRO CLINICO.

SIGNOS Y SINTOMAS

La mayoría de los miomas son asintomáticos, sólo del 10 al 50% presentan síntomas, de ahí su problema en el diagnóstico diferencial ^{1,2,4}. El agrandamiento simétrico del útero tiende a confundirse con embarazo, sin embargo el útero miomatoso tiene consistencia firme. Cuando el tumor es pediculado puede dificultarse su diferenciación respecto a un tumor ovárico. Los procesos inflamatorios de los anexos y la endometriosis por lo general se diferencian de un mioma pediculado o subseroso solitario por los síntomas y signos coexistentes de cicatrices o fijación pélvica.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son hemorragia uterina disfuncional del tipo de la proiohiperpolimenorrea con complicaciones tan graves como el síndrome anémico. En la mayoría de los casos la hemorragia se asocia a endocrinopatías coexistentes, como anovulación o hiperplasia endometrial. Los miomas submucosos producen hemorragia a causa de congestión, necrosis y ulceración de la superficie uterina. La hemorragia uterina se debe al aumento del área de superficie del endometrio cuando los tumores se agrandan y deforman la cavidad uterina. Los tumores grandes pueden obstaculizar mecánicamente el flujo sanguíneo al endometrio y los intra murales interfieren en la capacidad de contracción del útero y la oclusión vascular eficaz en el momento de la menstruación.^{6,7}

El síndrome doloroso proviene de la degeneración del mioma (principalmente roja). Al inicio es gradual e intermitente posteriormente de gran intensidad, tipo cólico, acompañado de fiebre y leucocitosis en casos más graves. Un tumor con pedículo grande al torcerse causa dolor agudo, hipersensibilidad, náusea y signos de irritación peritoneal. Los tumores intramurales producen o agravan la dismenorrea. Los tumores, el síntoma más común es la sensación de pesantez pélvica, incontinencia urinaria, polaquiuria en los de localización de la cara anterior, estreñimiento en los de localización en la cara posterior, puede existir

compresión de los vasos pélvicos, con edema o insuficiencia venosa de las extremidades inferiores, en muy raras ocasiones retención urinaria y/o hidronefrosis.^{1,5,7,8,9}

Los miomas pueden alterar la fecundidad hasta en el 2.4% de los casos si ocluyen el endocérvix, deforman en grado suficiente la porción ístmica de los oviductos, o causan adelgazamiento u otros cambios endometriales en el grado necesario para obstaculizar la implantación. El pronóstico perinatal es variable, se asocia a partos pretérmino, situaciones y presentaciones anómalas, obstrucción del conducto del parto, inversión uterina y hemorragia posparto.^{5, 8, 9, 10,18}

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico presuntivo de la miomatosis uterina se basa en la Historia clínica completa y Exploración física con especial atención a la palpación abdominal y bimanual al encontrar el útero aumentado de tamaño y/o con forma irregular. El diagnóstico es clínico en el 95% de los casos el diagnóstico de miomas submucosos es posible en el momento de realizar un legrado uterino fraccionado. Se deben efectuar estudios para descartar procesos neoplásicos como citología cervicovaginal y biopsia de endometrio.^{3, 7,11}

El diagnóstico de la miomatosis uterina también se puede realizar por medio de diversos estudios de gabinete: Ultraecsonografía 80% de los casos, Tomografía axial computarizada, o Resonancia magnética nuclear .^{11, 21}

La ecografía es el examen de elección para el diagnóstico de los miomas uterinos.

El aspecto ecográfico de un mioma depende de su localización, presencia o ausencia de cambios secundarios y de acuerdo a las cantidades relativas de estroma y músculo. Clásicamente un mioma es hipoecogénico, con pobre transmisión directa del sonido. Sin embargo la mayoría de las ocasiones es identificado por una deformación en el contorno. El útero puede estar muy aumentado de tamaño, con textura heterogénea. Las áreas focales de ecogenicidad aumentada, en particular con sombras, indican calcificaciones; la degeneración hialina y necrosis pueden producir ecogenicidad disminuida y transmisión directa aumentada, progresando hasta tener un centro francamente quístico. Ecográficamente los pólipos pueden producir un complejo de ecos endometriales prominentes.⁶

El ultrasonido doppler color ha permitido realizar la cartografía de los vasos uterinos y el análisis de la vascularización del mioma mediante el estudio hemodinámico de los vasos

La resonancia magnética (RM) es un examen no invasivo y no irradiante permite localizar los miomas y apreciar la cantidad y tamaño. Se trata del examen más eficaz para la cartografía exacta de los miomas, al igual que desde el puntos de vista semiológico nos ayuda hacer un diagnostico diferencial de

adenomiosis, leiomiomas y tumores de los anexos., sin embargo su inconveniente son el costo del examen y el acceso al aparato.²⁹⁻²⁰

La histerosonografía la indicación principal de esta técnica es la existencia de menometrorragias. Mejora la eficacia de la ultrasonografía en el diagnóstico y estudio de los miomas submucosos.

La histerografía en el diagnóstico y estudio de una patología miomatosa se ha reducido considerablemente, sin embargo puede ser objeto de interés para apreciar la repercusión de los miomas en la cavidad uterina.

La histeroscopia permite el diagnóstico de los miomas intracavitarios en los que el diámetro total de mioma se encuentra en la cavidad uterina con base de implantación mas o menos amplia.

La histeroscopia debe considerarse como un complemento del análisis ecográfico en caso de sospecha de mioma intracavitario.³¹⁻³²

TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRÚRGICO GENERALIDADES.

MEDICO:

El tratamiento médico de la miomatosis uterina debe individualizarse, en algunos casos basta con vigilancia periódica cada 3 a 6 meses para valorar su crecimiento cuando existen alteraciones menstruales el tratamiento es a base de antiinflamatorios no esteroideos, con lo que disminuye hasta en 40% la cantidad de hemorragia. Se puede utilizar la hormonoterapia con progestágenos o danazol^{2,7,9}, en los últimos años se han utilizado los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas, péptidos sintéticos con propiedades agonistas o antagonistas, ocasionando un estado hipogonadotrópico con amenorrea secundaria, inhibición de la síntesis de estrógenos, disminuyendo los valores de estradiol a menos de 20 pg/ml, cambio del endometrio a un estado inactivo reducción del tamaño de los miomas, disminución del aporte sanguíneo; sin embargo el crecimiento se manifiesta rápidamente al suspenderlos, por lo que deben utilizarse por lo menos durante 6 meses, ya que se ha observado que crecen y se desarrollan de nuevo al suspender el fármaco en aproximadamente 4 meses. Estos tratamientos están indicados en mujeres con miomas sintomáticos que desean preservar la fecundidad, en perimenopáusicas en espera de que ocurra la regresión espontánea de los mismos con la menopausia, con miomas submucosos previos a histeroscopia quirúrgica.^{2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13,17}

Algunos autores utilizan éstos medicamentos para reducir el tamaño de los miomas (del 25% al 77%) y facilitar la miomectomía, disminuyendo así las pérdidas hemáticas y las complicaciones.^{12, 13} En algunas pacientes se utiliza el acetato de medroxiprogesterona, observando disminución considerable del tamaño de los miomas.

QUIRURGICO:

En aquellas pacientes en las que a pesar del tratamiento médico no se observa una respuesta adecuada, el tratamiento es quirúrgico, desde la miomectomía única o múltiple hasta la histerectomía total, ya sea con abordaje abdominal o vaginal. Algunos casos de miomas submucosos pueden extirparse por vía transcervical bajo control histeroscópico o láser.

Embolización:

En 1994 se publicó la primera serie de embolización ^{22,33} las indicaciones de embolización definitiva solo debe realizarse en caso de miomas intramurales .las localizaciones subserosas o submucosas no están recubiertas de miometrio sano , que protege tanto la cavidad peritoneal como la cavidad uterina del fenómeno de necrobiosis del mioma y por lo tanto, no es indicación de este tratamiento .

Complicaciones presenta dos complicaciones graves la menopausia precoz y la histerectomía. Se han registrado más de 25 casos de amenorrea después de la embolización. La causa probable de esta sea la migración de partículas en la circulación del ovario ^{34, 35,36}.

La ventaja primaria de la miomectomía es la conservación del útero y la posibilidad de fertilidad. Tiene éxito en el 80% de los casos para el control de las alteraciones menstruales y síntomas comprensivos, pero es menos efectiva en problemas de infertilidad, ocasiona adherencias y recurren los síntomas en el 15% de los casos, necesitando tratamiento subsecuente.^{2, 7,9} Existen otras opciones como son la miomectomía laparoscopia o histeroscópica, es de acuerdo a la habilidad y entrenamiento quirúrgico del médico tratante ^{14, 15, 16,17}

Las principales indicaciones de la cirugía conservadora son:

- miomas subserosos pediculados ,torcidos o en necrobiosis
- los miomas que comprimen los órganos adyacentes.
- Los útero voluminosos responsables de meno metrorragias.
-

Miomectomía por laparoscopia o histeroscopia.

Se trata de una técnica reciente cuya realización se ha demostrado de acuerdo a la habilidad del médico tratante ³⁷

Esta indicado en fibromas de menos de 9 cm. y cuya cantidad suele ser menor a 3 miomas.

Recidiva de los fibromas después de la miomectomía.

Después de una miomectomía por vía abdominal es de 10% a los 5 años, este riesgo parece aumentar tras la miomectomía por laparoscopia, debido a que no se realiza la exéresis de miomas pequeños. Al igual que la utilización de agonistas

preoperatorios pueden aumentar el riesgo de recidiva puesto que el efecto del tratamiento ha podido ocultar la existencia de un fibroma.

La histerectomía es el tratamiento definitivo, sobre todo cuando hay sintomatología, la técnica puede ser intra o extrafascial, tiene una mortalidad de 1 por cada 1000 procedimientos, y la morbilidad está dada por urosepsis, hemotransfusiones, congestión pélvica, depresión, disfunción sexual o cardiopatías.^{2, 6, 7, 9,20} Durante la cirugía la conservación de los ovarios está en relación con la edad y al beneficio que implica la terapia de reemplazo con estrógenos ^{2, 8,9}

OBJETIVO GENERAL:

CONOCER LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA MIOMATOSIS UTERINA, DE LAS PACIENTES EN LAS CUALES SE LES PRACTICO HISTERECTOMIA ABDOMINAL.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.- CONOCER LAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS EN GENERAL DE POBLACIÓN EN ESTUDIO.

2.-CONOCER LAS CARACTERITICAS DEMOGRAFICAS EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO EN LO GENERAL Y EN PARTICULAR AL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y TIPO DE CIRÚGIA REALIZADA.

3.-DETERMINAR EL TIPO DE CIRÚGIA REALIZADA EN GENERAL AL GRUPO DE ESTUDIO Y EN PARTICULAR AL TIPO DE MIOMATOSIS

4.-DETERMINAR LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS CLINICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO Y EN RELACIÓN AL TIPO DE MIOMATOSIS UTERINA.

5.-CORRELACIONAR LAS FORMAS CLINICAS DE MIOMATOSIS CON EL RESULTADO HISTOPATOLOGICO

6.- DETERMINAR LA PRESENCIA DE DE OTROS DIAGNOSTICO AL GRUPO DE ESTUDIO.

7.- DETERMINAR LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES AGREGADAS.

8.- DETERMINAR LAS COMPLICACIONES MÉDICAS QUIRÚRGICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO Y EN RELACION AL TIPO DE MIOMATOSIS.

MATERIAL Y METODOS

En la división de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juárez de México de la Secretaria de Salud, se revisaron los Expedientes y las notas posquirúrgicas de un total de 649 pacientes que habían sido postoperadas de Histerectomía Total Abdominal por diagnóstico de Miomatosis uterina en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1990 al 31 de Diciembre del 2000

Se obtuvo el número total de pacientes que tenían el diagnóstico de Miomatosis Uterina Comprobado mediante clínica, ultrasonografía y anatomopatológica.

Los datos analizados fueron los siguientes: Fecha de Cirugía, Edad de la paciente en años. Peso en Kilogramos, Talla en Metros, Paridad, Diagnóstico Clínico, Diagnóstico ultrasonográfico y diagnóstico Anatomopatológico.

Los criterios de inclusión fueron todas aquellas pacientes intervenidas quirúrgicamente de histerectomía Total Abdominal con diagnóstico por clínica y ultrasonografía, corroborado por Anatomía patológica. Los criterios de exclusión fueron aquellas pacientes en las cuales no se corroboró el diagnóstico de miomatosis uterina por clínica o ultrasonografía y las que no contaban con reporte histopatológico

En la presentación de la información, se utilizaron gráficas de barras y cuadros de cruces de variables, utilizando como medida estadística el número absoluto y el porcentaje.

Se emplearon hojas de análisis estadísticos, formularios y programas de cómputo para el procesamiento de datos.

RESULTADOS

Se estudiaron 649 pacientes con diagnóstico de Miomatosis Uterina durante el periodo del 1 enero 1990 al 31 de diciembre del 2000.

El mayor porcentaje de cirugía fue realizada en el año de 1995 con 85 casos, 13 % y la incidencia menor 1997 con 33 casos, 5% con una media de 59 que corresponde a un 9 % Cuadro y grafica 1

En paridad corresponde a multigravida con 442 pacientes 68.1 % , primigravida 136 pacientes 20.9 % , nuligravida con 71 pacientes 10.9 %. Cuadro y grafica 2

En grupo de edad se presento en las pacientes menores de 40 años con 281 pacientes 43.2%, de 40 y 50 años 253 pacientes con un 38%, mayores de 50 años, 115 pacientes, 17.7%. Lo que corresponde a las de 40 años o más seria 57 % Cuadro y grafica 3

Índice de masa corporal se reporto sobre peso y obesidad 430 pacientes 66 %, y un peso aceptable 56 paciente 14%.

El sobrepeso con obesidad tipo I 210 pacientes ,48.8%, tipo II 140 pacientes, con 32% tipo III 80 pacientes, con 18.6% Cuadro y grafica 4, 5.

El tipo de histerectomía que se realizo con mayor frecuencia fue la total con 531 casos Corresponió a 81%, el subtotal con 118 casos que correspondió a 19 % . Cuadro y grafica 6

Mayor número de cirugía realizada fue histerectomia + SOB 565 pacientes, con 87%, histerectomía + SOU 84 pacientes 13 % cuadro y grafica 7

De las 649 pacientes, 552 casos fueron diagnosticados como miomatosis de grandes elementos que correspondió a un 85%, 97 de medianos y pequeños elementos que correspondió al 15%. Grafica y cuadro 8,9.

Manifestación clínica la hemorragia uterina con un total de 345 pacientes 53.1 %., de los casos, de grandes elementos 248 pacientes que corresponde a 44.9%, de los 552 diagnostico clínicos, y un 38.2% del total de los casos, medianos y pequeños elementos 97 pacientes que corresponde a un 100% del diagnostico clínico, y 14.9% del total de los casos.

Masa pélvica con un total de 176 pacientes 27.1%. Grandes elementos 146 pacientes con un 26.4% de los 552 diagnostico clínico, y un 22.4 del total de los casos, medianos y pequeños elementos 30 pacientes, con un 30 % de 97 diagnostico clínico, y 4.6% del total de los casos.

El dolor 128 pacientes. 19.7 %, Grandes elementos 83 pacientes 15% de lo 552 diagnostico clínico y un 12.7% del total de los casos, medianos y pequeños elementos a 45 pacientes 46.3% de los 97 diagnostico clínico y un 6.9% del total de los casos. Asintomático 75, con un 13.5% de los 552 diagnostico clínico, y 11.5% del total de los casos. Cuadro y grafica 10

Resultado histopatológico en 649 reportes que correspondió al 100% de 649 casos.
De los 555 reportes ,450 correspondieron a grandes elementos 81%
De pequeños y medianos elementos 105 reportes que correspondió a 19%
No presentaron miomatosis 94 reportes
De 552 casos diagnosticados como miomatosis de grandes elementos 102 no correspondieron el 18.4 %, un 81% de precisión o asertividad diagnóstica.
De 97 casos diagnosticados originalmente como miomatosis de pequeños y medianos elementos el reporte histopatológico fueron de 105 casos, solo 3 casos efectivamente correspondieron a pequeños y medianos elementos, que correspondió solo un 3% de asertividad diagnóstica, los otros 102 casos fueron paciente que se les había diagnosticado miomatosis de grandes elementos y fueron reportadas como de pequeño o medianos elementos. Cuadro y grafica 11

Otros diagnósticos 120 reportes
Adenomiosis 62 reportes con 19%, quiste de ovario 32 con un 26.6%, salpinguitis 26 reportes con un 21%.Cuadro y grafica 12

Enfermedades agregadas 143, HAS 63 pacientes, con un9.7%, DM 53 pacientes, con un 8.1%, enfermedad articular degenerativa 12 pacientes, con un 1.8%, insuficiencia vascular periférica 15 pacientes con un 2.3 %.Cuadro y grafica 13

Complicaciones medicas quirúrgicas la hemorragia en total 178 pacientes, que correspondió a 27%, del total de los casos.
Si consideramos a las 97 pacientes con el diagnostico de pequeños y medianos elementos 56 de ellas se complicaron con hemorragia hasta 57 %., y de grandes elementos 122 de 552 diagnostico clínico con un 22 %.

Transfusiones 157 pacientes que correspondió a 24%, del total de los casos

Si consideramos a las 97 pacientes con el diagnostico de medianos y pequeños elementos 48 se transfundieron 49%, y de grandes elementos 109 de 552 diagnostico clínico con un 19.7%.

Accidentes 17 pacientes en total, con un 2.6%, del total de los casos

De medianos y pequeños elementos 6 se complicaron 6% y de grandes elementos 11 pacientes con 1.9% de los 552 diagnostico clínico.

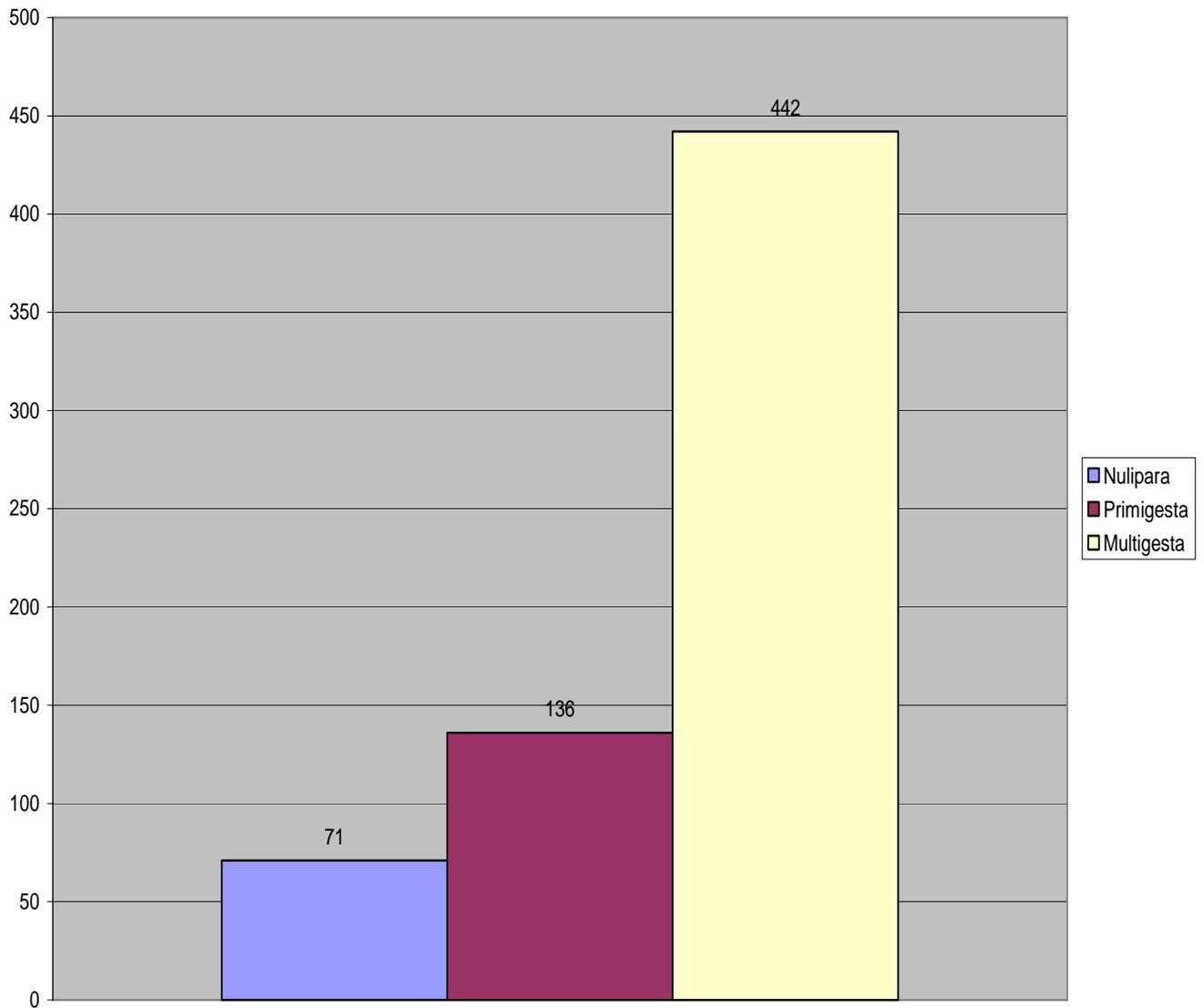
TEP 3 pacientes con un 0.4%, del total de los casos.

De medianos y pequeños elementos 2 pacientes con un 2%, y de grandes elementos 1 paciente con 0.1% del total de 552 diagnostico clínico

No se reporto ninguna muerte

Total de complicaciones de medianos y pequeños elementos 64 paciente con un 65% de los 97 reportes y un 32% del total de las 198 complicaciones Total de complicaciones de grandes elementos 134 pacientes con un 24.2% de los 552 reportes y un 68% del total de las 198 complicaciones cuadro y grafica 14.

PARIDAD

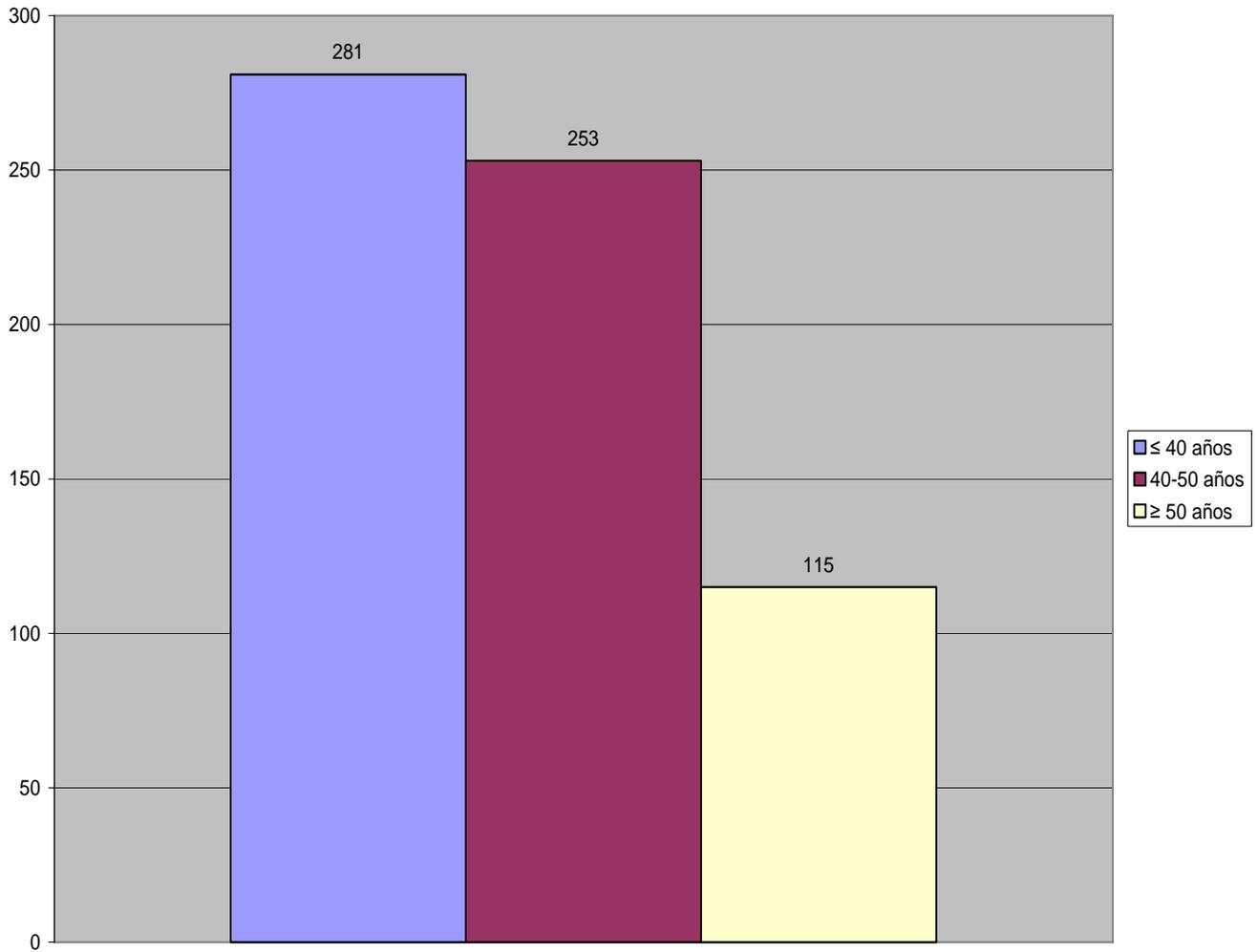


Grafica 2

NULIGRAVIDA	71	10.9%
PRIMIGRAVIDA	136	20.9 %
MULTIGRAVIDA	442	68.1%
TOTAL	649	

Cuadro 2

GRUPO DE EDAD

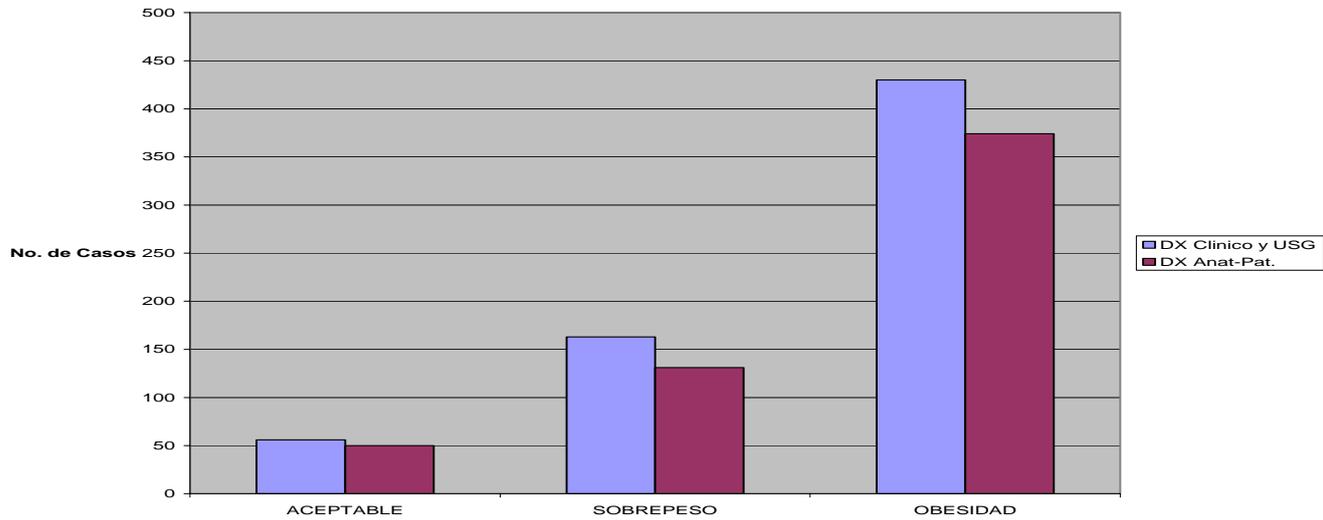


Grafica 3

MENOR DE 40 AÑOS	281 43.2%
40 A 50 AÑOS	253 38%
MAYOR DE 50 AÑOS	115 17.7%
TOTAL	649

Cuadro 3

INDICE DE MASA CORPORAL

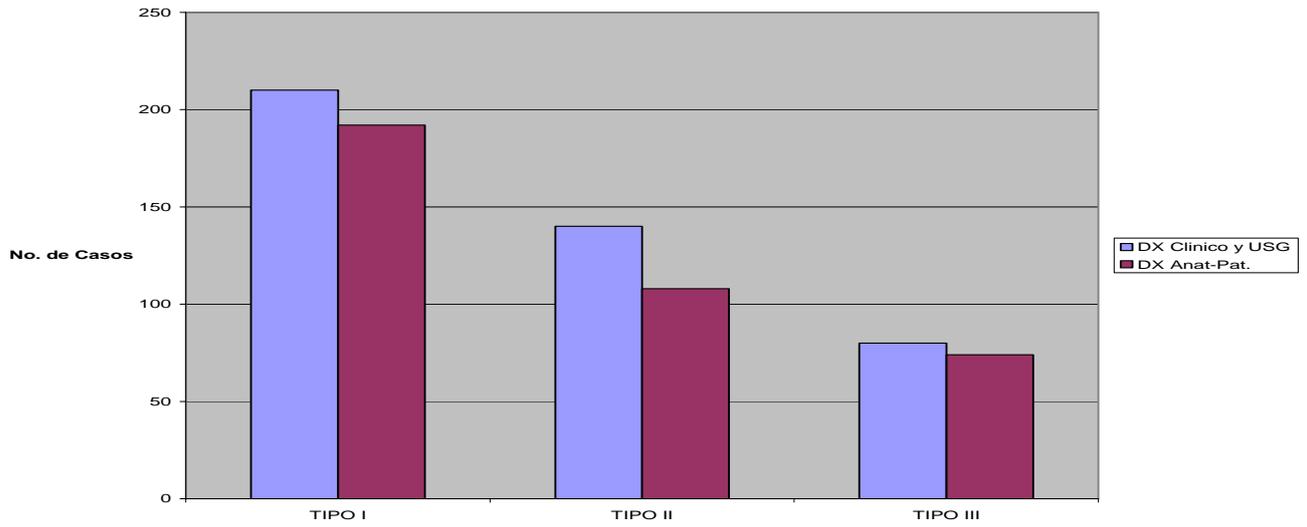


Grafica 4

PESO	DX CLINICO Y USG	
ACCEPTABLE	56	14%
SOBREPESO	163	20%
OBESIDAD	430	66%
TOTAL	649	

Cuadro 4

RELACIÓN TIPO DE OBESIDAD



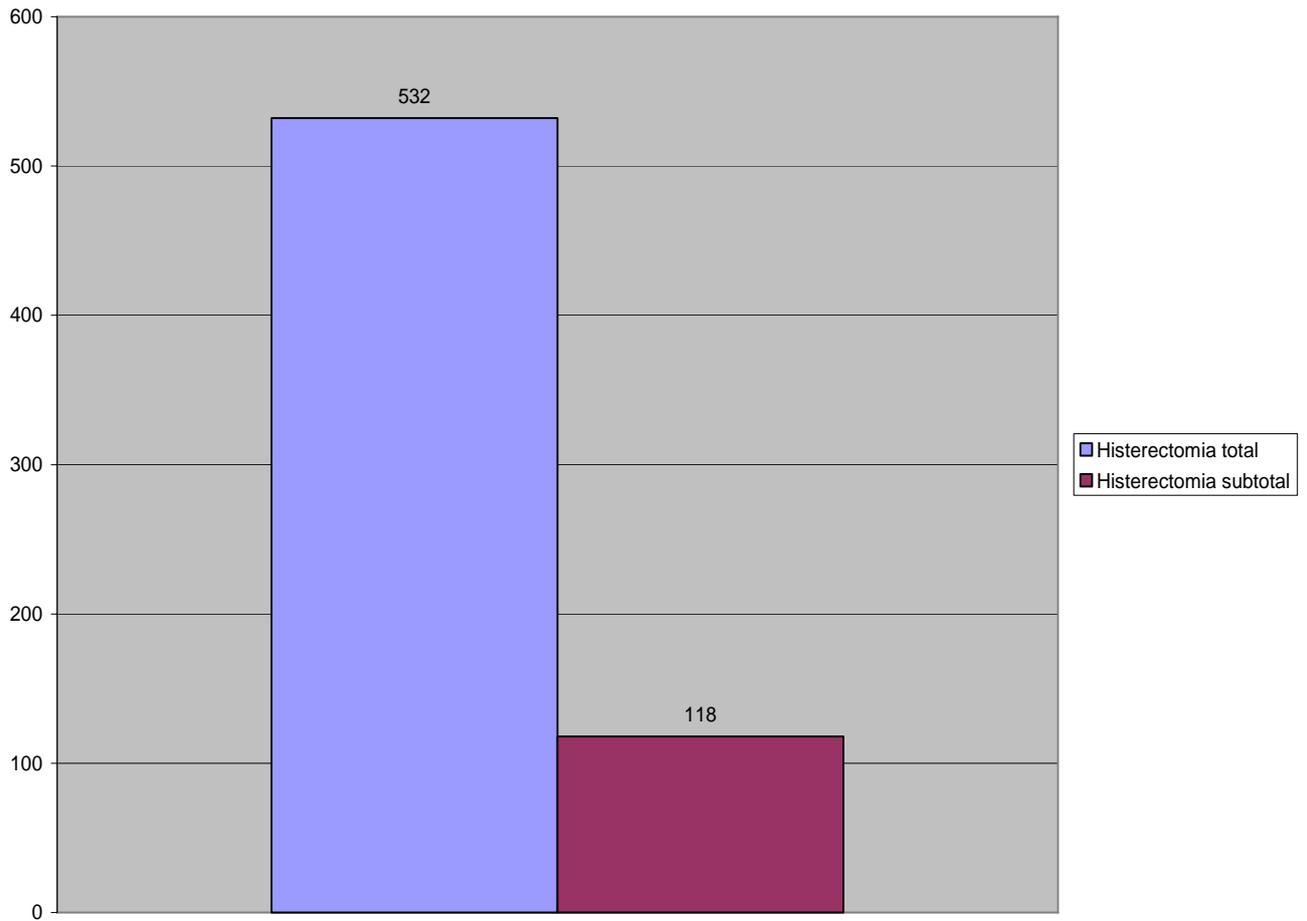
Grafica 5

TIPO OBESIDAD	DX CLINICO Y USG	
TIPO I	210	48.8%
TIPO II	140	32%
TIPO III	80	18.6%

Cuadro 5

DETERMINAR EL TIPO DE CIRUGIA REALIZADA EN GENERAL AL GRUPO DE ESTUDIO Y EN PARTICULAR AL TIPO DE MIOMATOSIS.

HISTERECTOMIA TOTAL Y SUBTOTAL



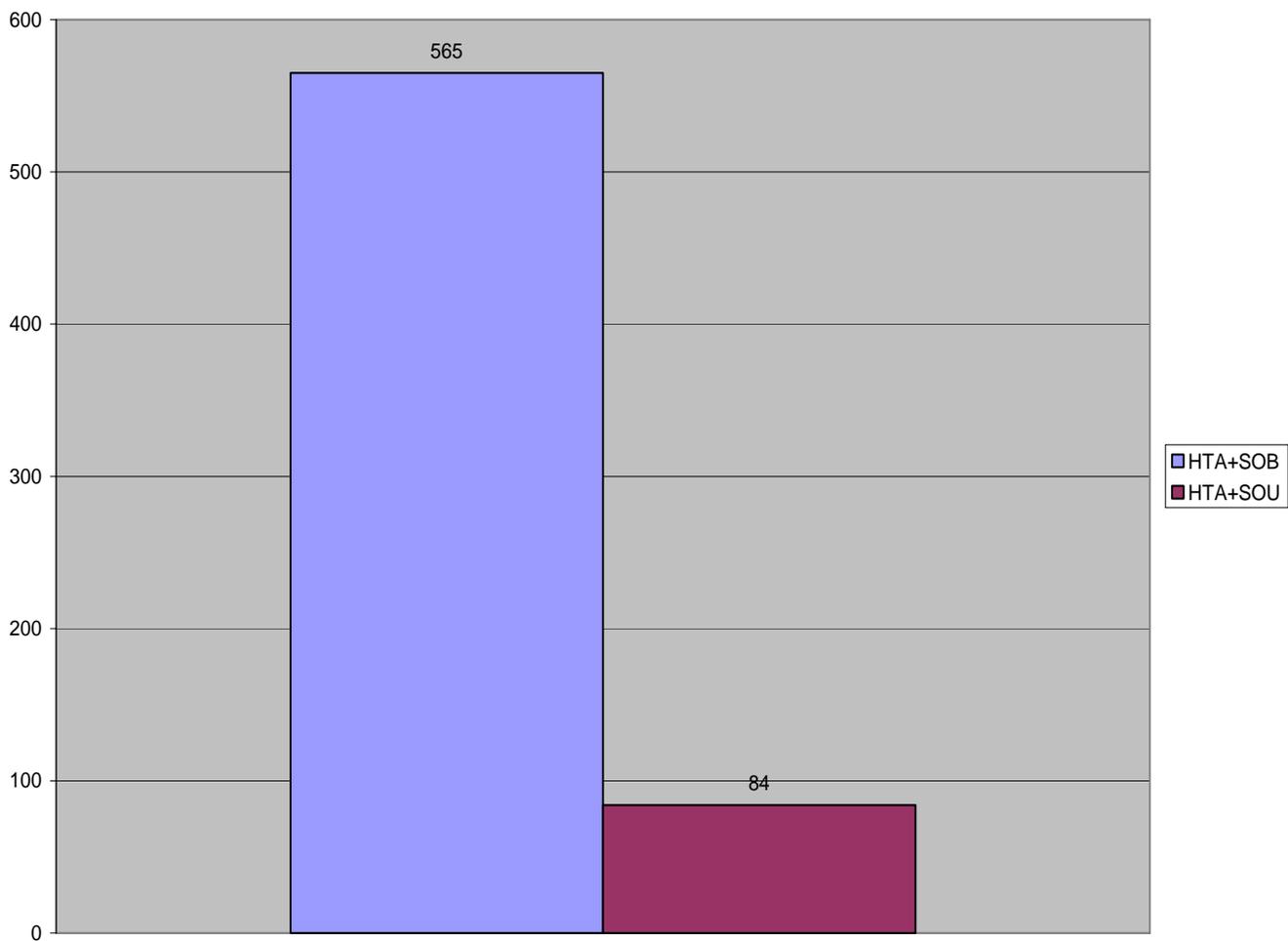
Grafica 6

HISTERECTOMIA TOTAL	531	81%
HISTERECTOMIA SUBTOTAL	118	18%
TOTAL	649	

Cuadro 6

OJETIVO. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS EN LA POBLACION EN ESTUDIO EN GENERAL Y EN LO PARTICULAR. AL DIAGNOSTICO PRINCIPAL Y TIPO DE CIRUGIA REALIZADA

TIPO DE CIRUGIA

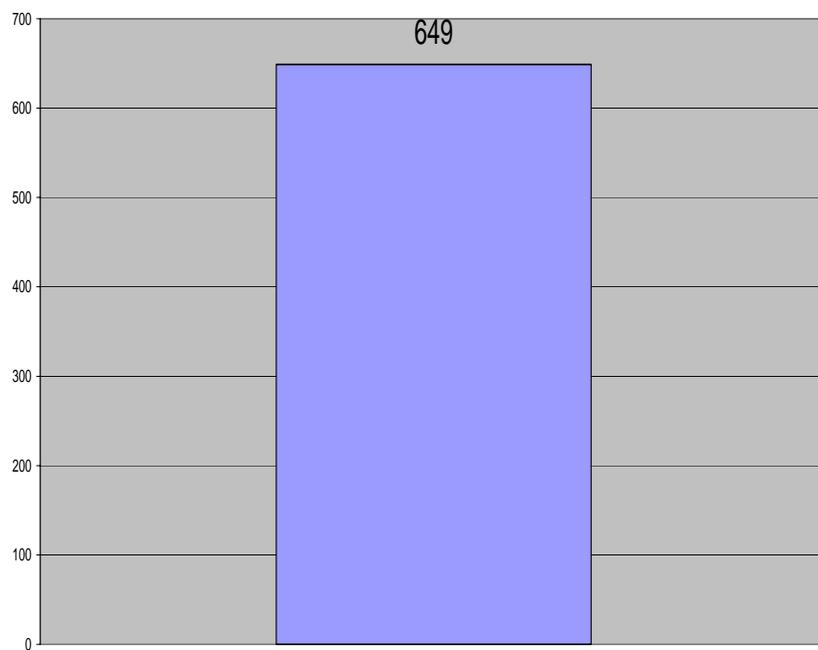


Grafica 7

HISTERECTOMIA+SOB	565	87%
HISTERECTOMIA+SOU	84	12.9%
TOTAL	649	

Cuadro 7

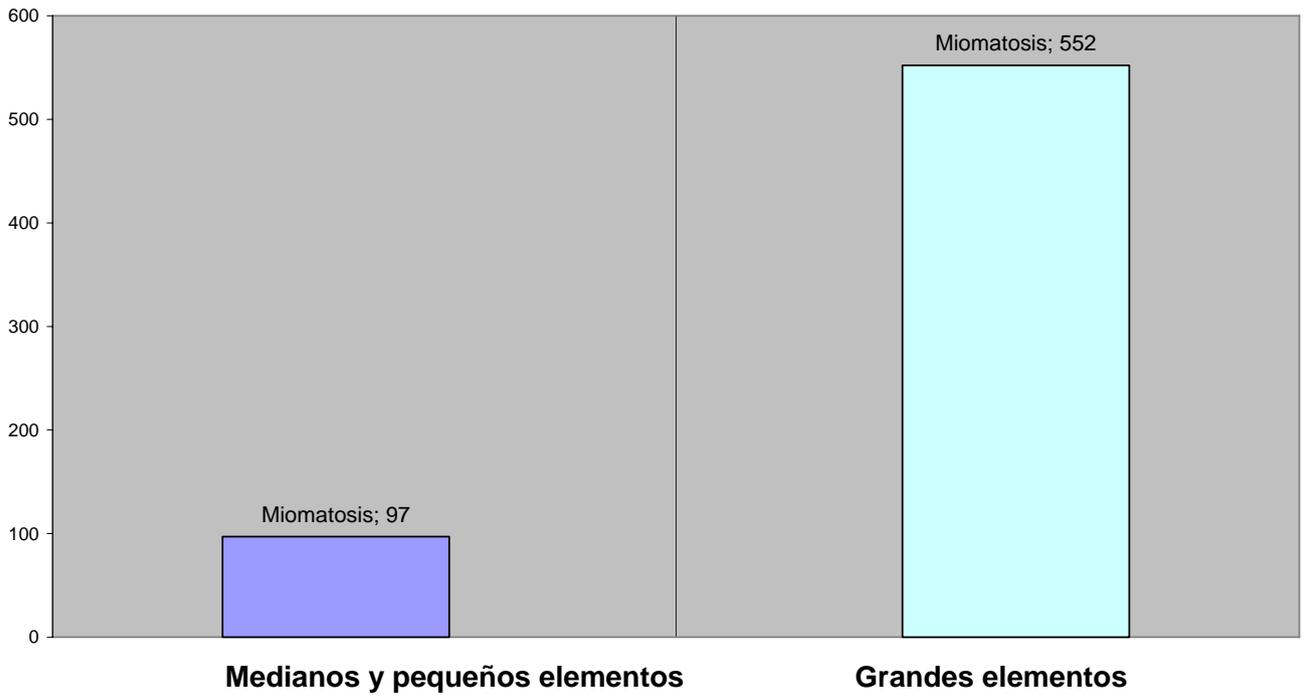
HISTERECTOMIA TOTAL



Grafica 8

TOTAL DE HISTERECTOMIAS 649 PACIENTES

HISTERECTOMIA

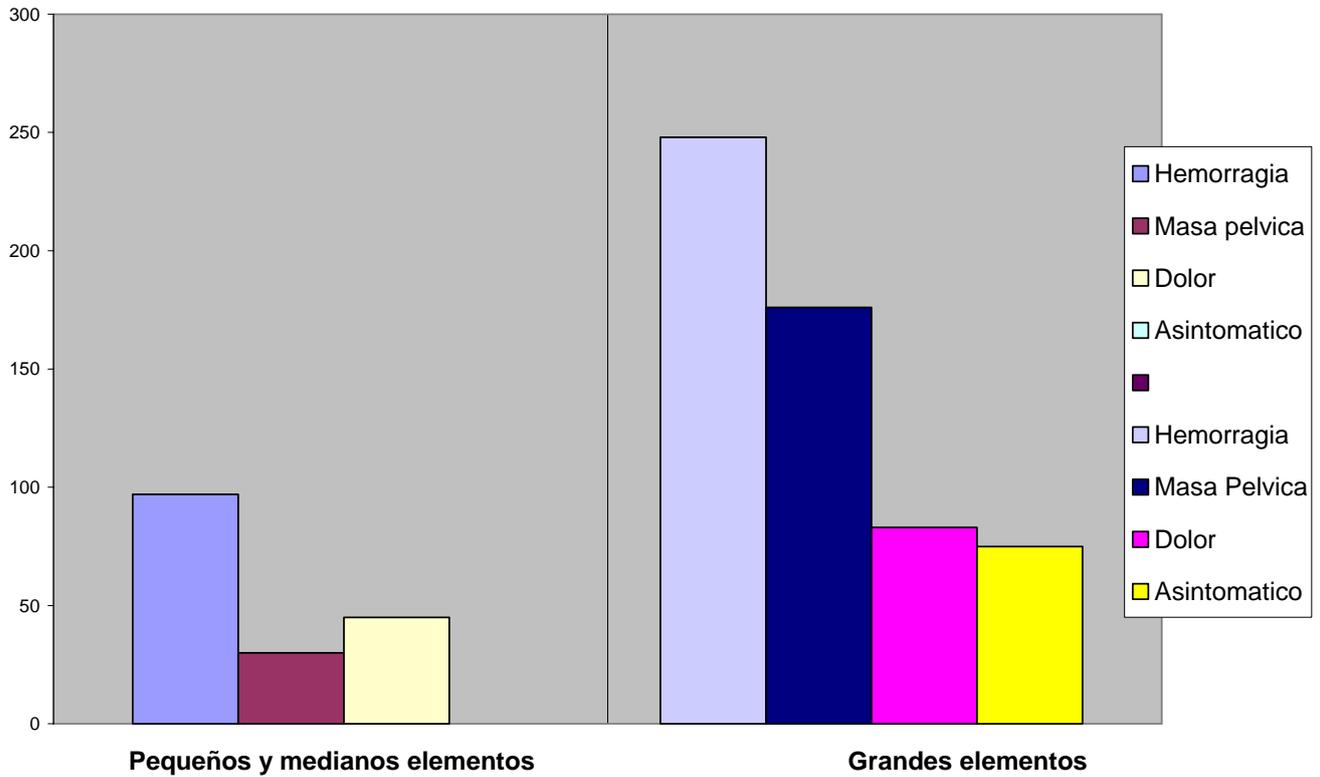


Miomatosis Grandes elementos	552	85%
Miomatosis Pequeños y medianos elementos	97	15%
Total	649	

Cuadro y grafica 9

OBJETIVO. DETERMINAR LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO Y EN RELACIÓN AL TIPO DE MIOMATOSIS UTERINA

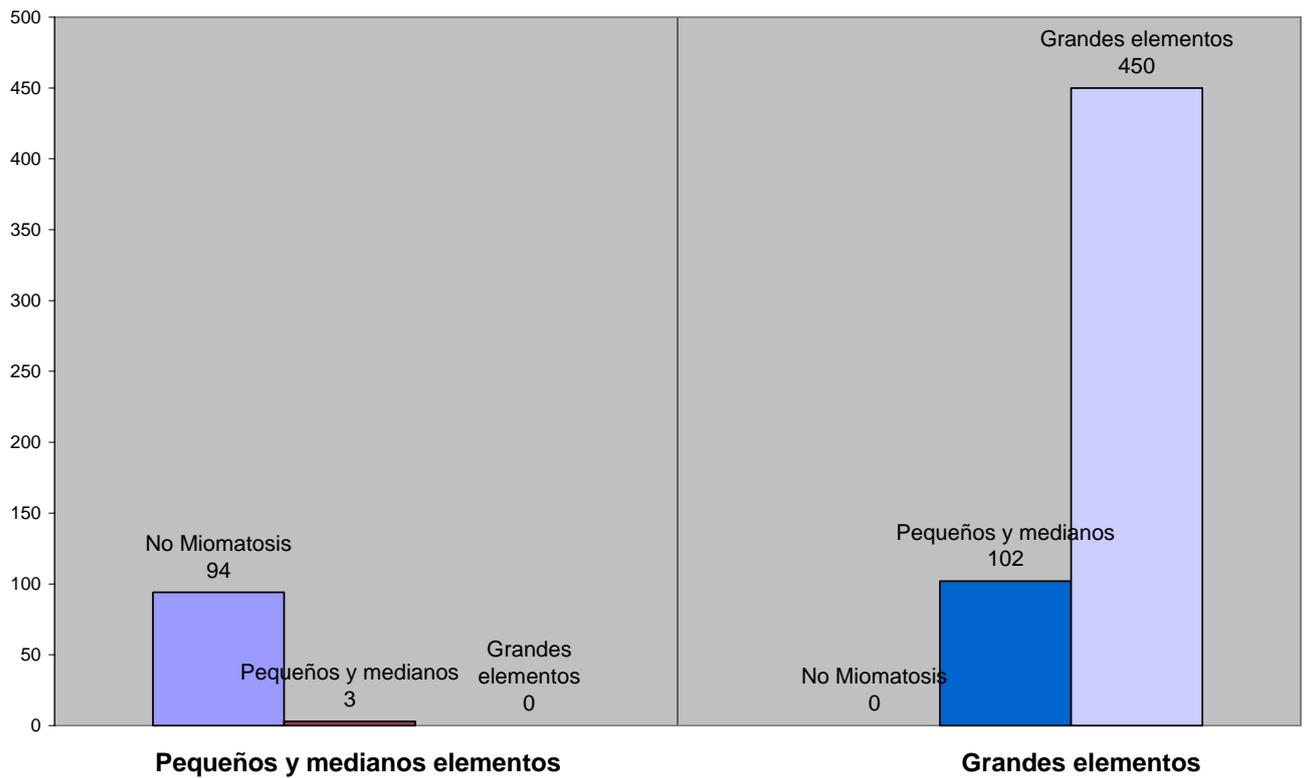
MANIFESTACION CLÍNICA MÁS FRECUENTE



	Medianos y pequeños elementos 97 reportes		Grandes elementos 552 reportes		Total	
Hemorragia	97	(100%) (14.9%)	248	(44.9%) (38.2%)	345	53.1%
Masa pélvica	30	(30%) (4.6%)	146	(26.4%) (22.4%)	176	27.1%
Dolor	45	(46.3%) (6.9%)	83	(15%) (12.7%)	128	19.7%
Asintomático	0		75	(13.5%) (11.5%)	649	

Grafica y cuadro 10

CORRELACION HISTOPATOLOGICA Y FORMAS CLINICAS

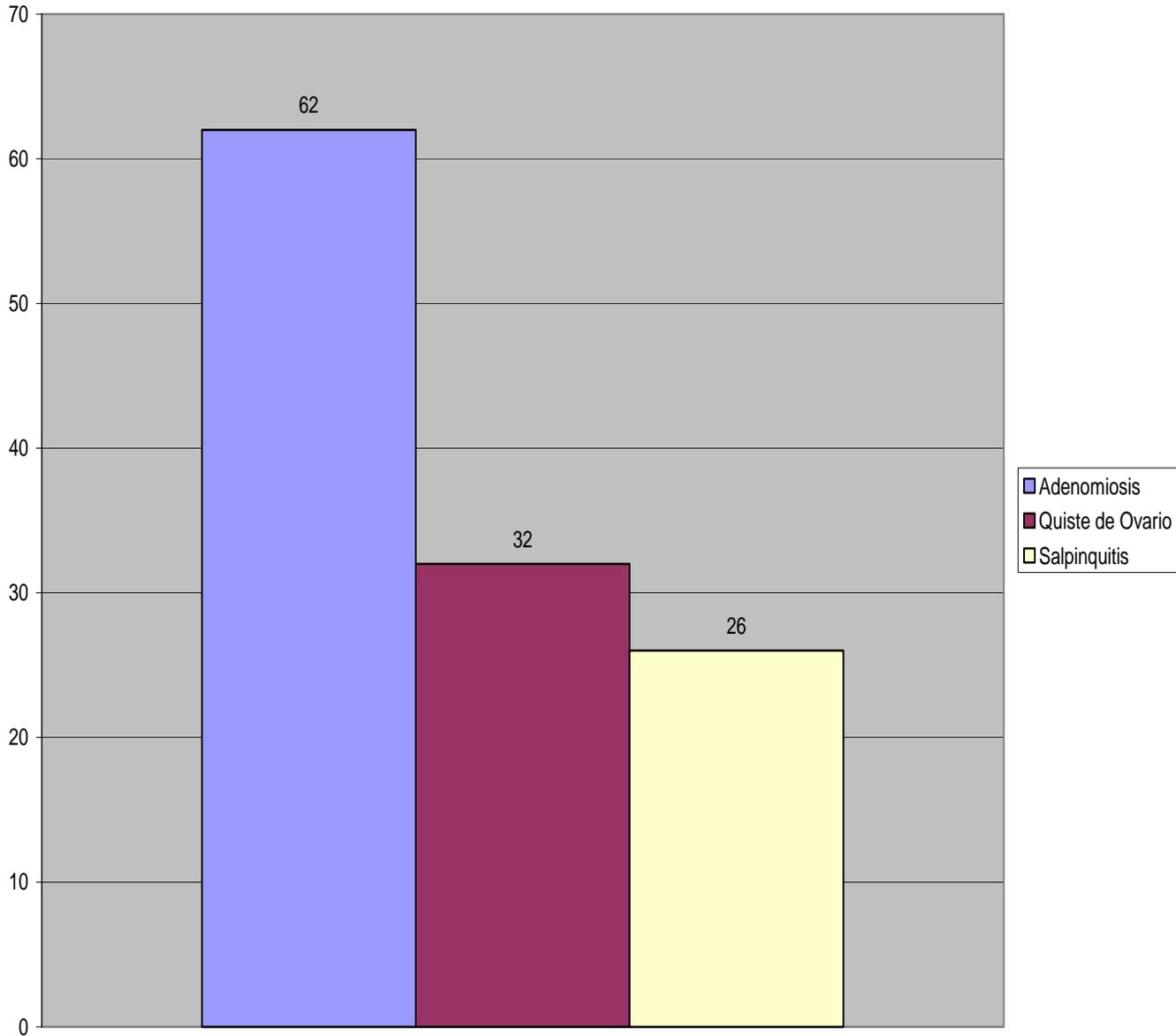


	Pequeños y medianos elementos 97 reportes		Grandes elementos 552 reportes	
No Miomatosis	94	94	0	94
Pequeños y medianos elementos	105	3	102	105
Grandes elementos	450	0	450	450
Total	649	97	552	649

Cuadro y grafica 11

DETERMINAR LA PRESENCIA DE OTROS DIAGNOSTICOS AL GRUPO DE ESTUDIOS.

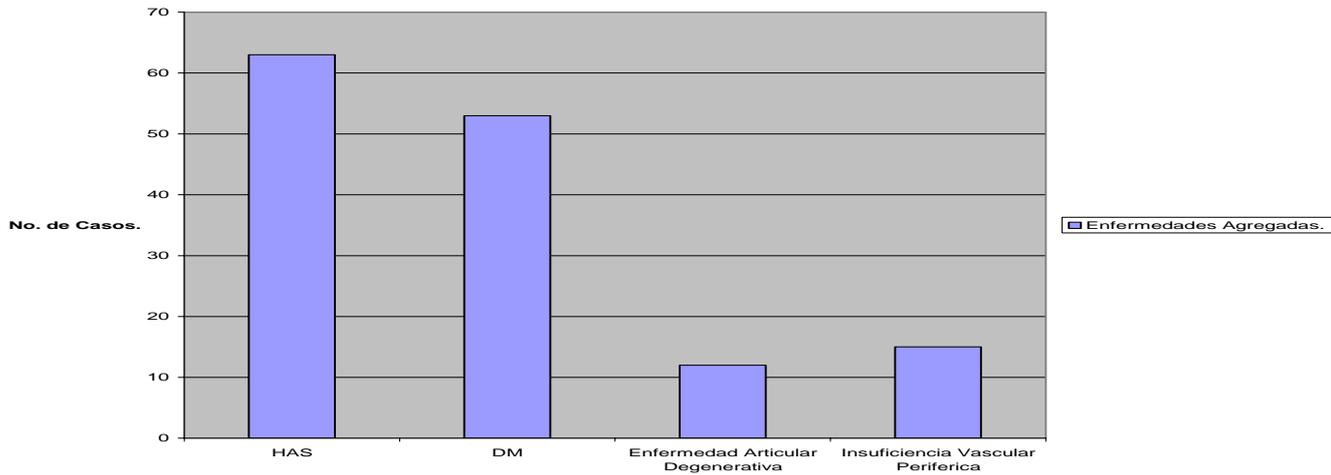
OTROS DIAGNOSTICOS



ADENOMIOSIS	62	19%
QUISTE DE OVARIO	32	26.6%
SALPINGUITIS	26	21%
TOTAL	120	

Cuadro y grafica 12

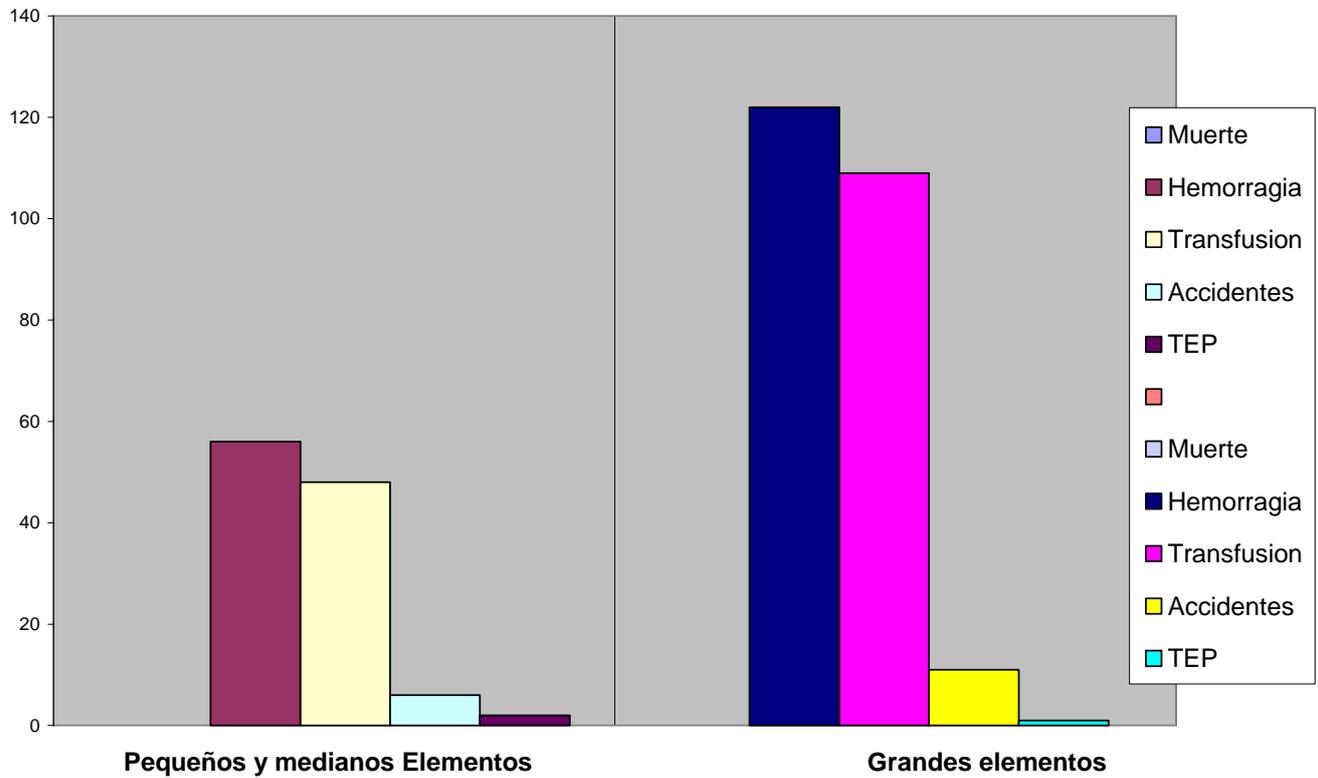
ENFERMEDADES AGREGADAS



ENFERMEDADES AGREGADAS	SI	
HAS	63	9.7%
DM	53	8.1%
Enfermedad Articular Degenerativa	12	1.8%
Insuficiencia Vascolar Periférica	15	2.3%
TOTAL	143	

Cuadro y grafica 13

DETERMINAR LAS COMPLICACIONES MÉDICAS Y QUIRURGICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO Y EN RELACION AL TIPO DE MIOMATOSIS Y DE LA CIRUGIA REALIZADA.



Complicaciones	Medianos y pequeños elementos 97 reportes	Grandes elementos 552 reportes	Total 649
Muerte	0	0	0
Hemorragia	56 (57%)	122 (22%)	178 (27%)
Transfusión	48 (49%)	109 (19.7%)	157 (24%)
Accidentes	6 (6%)	11 (1.9%)	17 (2.6%)
TEP	2 (2%)	1 (0.1%)	3 (0.4%)
Totales	64 (32%) (65%)	134 (68%) (24.2%)	198 (30%)

Cuadro y grafica 14

DISCUSIÓN

Durante el periodo de estudio se seleccionaron 649 pacientes que se les practicó histerectomía abdominal por el diagnóstico de miomatosis uterina y que contaron con resultado histopatológico. La media de cirugía realizada fueron de 59 casos que correspondió a un 9 %, y el análisis por año es en relación a esta media.

Por lo que respecta al antecedente de embarazo si bien es cierto la mayoría correspondió a mujeres consideradas como multigravidas, el grupo de pacientes que contaban con el antecedente de un embarazo o que no tenían el antecedente del embarazo correspondió aproximadamente un 30 % cifra no despreciable, mas aun si consideramos la edad de la paciente.

Por lo que respecta a la edad de las pacientes destaca trascendentalmente que el grupo de paciente de menor de 40 años correspondió al 43 %. Y el resto el 57% a mayor de 40 años. Este punto demuestra que nuestra institución hasta el año de estudio se les ha practicado una cirugía mayor radical (mutilante) a mujeres jóvenes. Mas a un si consideramos como mas adelante lo demostramos cirugías que retiran los órganos endocrinos reproductivos (castración quirúrgica).

Por lo que respecta al índice de masa corporal o obesidad de la paciente las que más atendimos fueron las que contaban con sobrepeso o obesidad, característica antropométrica y antropomórfica de la mujer mexicana urbana actual. Este aspecto es importante considerarlo en relación al diagnóstico clínico al tipo de cirugía y a las complicaciones técnicas de las misma.

Por lo que se considera al tipo de cirugía 531 casos o sea el 81% se les practicó histerectomía total y solo un 19 % correspondió a histerectomía subtotal, lo que va en relación a la escuela del Hospital Juárez donde se privilegia este tipo de cirugía. Llama y alarma poderosamente la atención el 565 pacientes se les practicó además salpingooforectomía bilateral con 85% y que solo un cercano 10% de este universo posiblemente pudiese estar justificado por la patología o enfermedad anexial agregada

De las manifestaciones clínicas las principales de todo el grupo de estudio fueron las reportadas en la literatura nacional y mundial como hemorragia, masa pélvica y dolor pero en este punto deseamos comentar que de las 97 casos, con diagnóstico clínico de miomatosis de medianos y pequeños elementos en 97 paciente o sea un 6 % manifestaron o se demostró el datos clínico de hemorragia lo que consideramos que haya sido lo que motivo principalmente la indicación y realización de la cirugía en estos casos y en la paciente con miomatosis de grandes elementos solo fueron 248 pacientes que correspondió a 44.9 % de total de este grupo por lo que la indicación de la cirugía no fue tan solo la hemorragia sin los otros dos datos clínico como masa pélvica y dolor.

Por lo que respecta al resultado de patología es en este punto en donde se encuentran las mayores contradicciones ya que de los casos clínicos diagnosticados como de medianos y pequeños elementos correspondieron a 105 casos pero solo 3 casos efectivamente correspondieron a los diagnósticos clínicos de miomatosis de medianos y pequeños elementos lo que los otros 102 restantes fueron paciente que se les había diagnosticado miomatosis de grandes elementos y que fueron de medianos y pequeños elementos por el resultado de histopatológico.

Otros diagnóstico histopatológicos realizaron fueron principalmente adenomiosis, patología de anexos y cervical, que correspondía 120 reportes a solo 18 % que no soportaba como diagnóstico único o asociado muy probablemente de realizar la histerectomía.

A lo que se refiere la precisión o asertividad diagnóstica clínica correlacionada con el resultado histopatológico en el diagnóstico de miomatosis de grandes elementos fue 81.5 % y de las que no fueron de grandes elementos fueron de pequeños elementos pero el problema se presenta en el diagnóstico clínico de medianos y pequeños elementos y donde la precisión a asertividad diagnóstica fue solo de un 3 % .consideramos que esto es consecutivo no tan solo por una ausencia en el rigor del diagnóstico clínico si no por el deseo de realizar la cirugía por parte de la paciente y o del cirujano motivando a realizar diagnóstico no justificados y con ello poder realizar la cirugía (se miente).

Aunado al punto anterior deseamos comentar que si bien el número grueso de complicaciones se presentaron en los casos diagnosticados de miomatosis de grandes elementos pero porque fue el mayor número de cirugías pero al determinar por grupo de diagnóstico el porcentaje de complicaciones el mayor fue el de miomatosis de pequeños y medianos elementos por lo tanto consideramos que esto se debe a que fueron paciente que en un momento determinado a pesar del diagnóstico presentaban técnicamente alguna complejidad como es el sobrepeso y obesidad del grupo de estudio

En la discusión el punto de enfermedades asociada la de mayor frecuencia fue la hipertensión y la diabetes que es mas común por la edad, el sobrepeso y obesidad del grupo de estudio.

CONCLUSIONES

- 1.- El procedimiento quirúrgico fue realizado en un alto porcentaje en pacientes nuligravidas y multigravidas y en menores de 40 años posiblemente por la laxitud del diagnóstico de la miomatosis e indicación del procedimiento quirúrgico.
- 2.-La principal sintomatología que presentaron las pacientes del grupo de estudio fue la hemorragia, le siguió masa pélvica y dolor. Encontrando hasta un 100 % hemorragia en las pacientes con el diagnóstico de medianos y pequeños elementos, lo que consideramos indicó la cirugía.
- 3.- En el grupo de estudio en relación al índice de masa corporal el mayor porcentaje correspondió a obesas y sobrepeso, que es consecuencia de las costumbres alimenticias del grupo de pacientes del estudio, consideramos que el sobrepeso y la obesidad contribuyeron a la sintomatología más frecuente (hemorragia). Además de que técnicamente hace más compleja la cirugía y posiblemente mayor número de complicaciones.
- 4.- Del grupo de estudio el diagnóstico clínico más común fue el de miomatosis de grandes elementos, pero 97 casos que correspondió a un 14,9% al diagnóstico clínico de miomatosis de medianos y pequeños elementos, del total de grupo de paciente (649) se les practicó histerectomía total abdominal 531 pacientes, y subtotal 118 pacientes, por lo que consideramos que el tipo de cirugía está en relación a la escuela del hospital y al diagnóstico de mayor frecuencia.
- 5.-De las complicaciones que se presentaron el mayor porcentaje en relación al diagnóstico fueron mayores en el grupo de diagnóstico clínico de miomatosis de medianos y pequeños elementos, como hemorragia hasta un 57 % y que fueron transfundidas hasta un 49 % con la certeza diagnóstica transfundiéndose, con el de grandes elementos 22 y 19,7% respectivamente. Probablemente como más adelante se demuestra porque eran pacientes jóvenes, obesas con úteros pequeños y con otras enfermedades y/o diagnósticos que no correspondieron a miomatosis.
- 6.- Este estudio demostró que la precisión diagnóstica de miomatosis de grandes elementos fue de un 81,4%, sin embargo hasta un 22 % correspondió a otro grupo de miomatosis, que si bien es alta la precisión diagnóstica consideramos que para este grupo ideal debe ser el más cercano al 100% , y por lo que respecta al grupo de pequeños y medianos elementos la precisión solo fue del 2 % , lo que consideramos que más que falta de precisión fue el de encontrarle un diagnóstico a al paciente que justificarse la indicación de la histerectomía.
- 7.-Si consideramos las 94 pacientes que no correspondieron a miomatosis , las 102 pacientes que no correspondieron a miomatosis de grandes elementos y las pacientes de grandes elementos que se encontraron en la etapa perimenopáusica 115 pacientes que

nos da un total de 311 pacientes para un porcentaje de 47,9 % del total del grupo de estudio, en las que seguramente se les pudo haber ofrecido alguna otra alternativa terapéutica, sin someterles a mayor riesgo y por ende ofrecerles mayor seguridad.

8.- Este estudio nos marca la pauta para hacer un análisis mas minucioso y complementario del mismo para poder tener mas fuerza en las conclusiones emitidas anteriormente , pero a un a si nos permite concluir que la laxitud e imprecisión diagnostica ,en el diagnostico de miomatosis y por tanto su contribución al procedimiento de histerectomía abdominal debe ser corregido en nuestro servicio o en los servicios de ginecología parecidos al nuestro para ofrecer menos riesgo y mayor seguridad a nuestras paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Buttram CV: UTERINE LEIOMYOMATA:ETIOLOGY,SIMPTOMATOLOGY AND MANAGEMENT. Fertil Steril 1981, 36:433-445.
- 2.-.UTERINE LEIOMYOMATA, Tech Bull No. 192 ACOG, 1994
- 3.- Gambone JC ,THE AMPACT OF A QUALITY ASSURANCE ON THE FREQUENCY AND CONFIRMATION RATE OF HISTERECTOMY. Am J obstet gynecol 1990, 163. 545-550.
- 4.-Neuwirth RS ; LEIOMYOMAS OF THE UTERUS, Gynecology and Obstetrics. Lippincott Co 1994, 1 (14) ;1-11
- 5.-Vollenhoven BJ, UTERINE FIBROID : A CLINICAL REVIEW,Bj Obstetrics Gynecol 1990,97:285-298.
- 6.-copland ,GINECOLOGIA , editorial panamericana 1993,593- 607
- 7.-Wallach EE. MIOMECTOMÍA GINECOLOGÍA QUIRÚRGICA TE LINDE editorial panamericana 1993. 593 –607
- 8.-neuwirth RS. LEIOMYOMAS OF THE UTERUS, Gynecology and Obstetrics 1994 1; 1-11
- 9.- PRECIS IV : AN UPDATE IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY ACOG 1994; 1995- 197.
- 10.-Burton CA Surgical MANAGEMENT OF LEIOMYOMATA DURING PREGNANCY, Obstetrics gynecol 1989 74 707-709
- 11.- Reiter RC ROUTINE HISTERECTOMY FOR LARGE ASYMPTOMATIC UTERINE LEIOMYOMATA ; A REAPPRAISAL . Obstet Gynecol 1992 79 481 484
- 12.- Friedman AJ: TREATMENT OF LEIOMYOMATA UTERINE WITH LEUPROLIDE ACETATE DEPO: A double- blind PLACEBO CONTROLLED , MULTICENTER STUDY OBSTET GYNECOL 1991, 77, 720, 725.
- 13.-Matta WHM DOPPLER ASSESSMENT OF UTERINE BLOOD FLOW CHANGES IN PATIENTS WITH FIBROID RECEIVING THE GONADOTROPIN – RELEASING HORMONE AGONIST BUSERELIN fertile steril 1988 49 1083
- 14.-Dubuisson JB MYOMECTOMY BY LAPÁROSCOPY A PRELIMINARY REPORT OF 43 CASES FERTIL STERIL 1991 56-827 –830.
- 15.-harris WJ UTERINE DEHISCENCE FOLLOWING LAPAROSCOPIC MYOMECTOMY Obstet gynecol 1992 80 545-546.
- 16.- Hallez JP: SINGLE STAGE TOTAL HYSTEROSCOPY MYOMECTOMIES INDICATIONS TECHNIQUES AND RESULTS FERTIL STERIL 1995 63 703-708
- 17.—Zacone R. TRIPTOLIN THERAPY IN UTERINE LEIOMIOMATOSIS STUDY OF 18 CASES . Minerva gynecol 1998 50 39-42.
- 18.-Piazzè Garnica J CLINICAL AND ULTRASONOGRAPHIC IMPLICATIONS OF UTERINE LEIOMIOMATOSIS IN PREGNANCY , clin exp Obstet GYNECOL 1995 22 293- 297.
- 19.-Tena – alvarez . J. HISTEROSCOPIC MYOMECTOMY, SURGICAL MANAGEMENT PRESENTATION OF A CASE Gynecol Obstet 381 –383.
- 20.-Sahagun Quevedo JA ANALYSIS OF 1000 HISTERECTOMIES TECHNICAL SIMPLIFICATIONS AND REFLECTIONS ISSUES HOSPITAL Gynecol Obstet Mex 1994 59 279-282
- 21.-Guerra E ; DIAGNOSTIC VALUE IN INTRAUTERINE MYOMATOSIS Gynecol Obstet Mex. 59 279-282.

- 22.-Kjerulff KH ,langenberg P Seidman jD, Stolley PD Guzinki GM uterine leiomyomas, racial differences in severity, *reprod. Med.* 1996 41:483-490.
- 23.-treated uterine leiomyomas control- study *obstet Gynaecol* 1995. 103:: 909-914.
- 24.-parazzini F, negri E, la vecchia C fedele L, oral contraceptive use and risk uterine fibroids
obstet Gynecol 1992, 79 .430-433.
- 25.-parazzini F negri E la vecchia C Rabaiotti M, Luchini L villa A et al uterine myomas and smoking results from italian study. *Reprod. Med.* 1996 . 41. 316- 320.
- 26.-Hofmann G, Rao C Barrows G , Schultz G, Sanfilippo J. Binding sites for epidermal growth factor in human uterine tissues and leiomyomas 1984 , 58 880-884.
- 27.-Vollenhoven B , herrington A. healy D messenger ribonucleic acid expression of the insulin like growth factors and their binding proteins in uterines fibroids and myometrium *J Clin endocrinol metab.* 1993, 76 1106-1110
- 28.-Matsua H , Maruo T , samoto T , icreased expression of Bc 12 protein in human uterine leiomyoma ND ITS UP- regulation by progesterone *J clin endocrinol matb.* 1997: 82 293-299.
- 29.-Dudiak CM turner DA, Patel SK ,Archie Jt silver B Norusis M . uterine leiomyomas in the infertile patient preoperative localization ehit MR imaging versus US and hysterosalpingography radiology 1998 ; 167: 627 –630
- 30.-Mayer DP, Shipilov V ultrasonography and MRI of uterine Fibroids *obstet Gynecol clin Noth am* 1995; 22:667-725.
- 31.- Cicinelli E, Romano F, Anastasio PS Blasi N Parisi N Galatino P . transabdominal sonohysterography transvaginal sonography and hysteroscopy in thae evaluation of submucous myomas. *Obstet gynecol.* 1995; 85 4247.
- 32.-Nagele F lockwood G Magos Al Radomized placebo controlled trail of mefenamic acid for premedication at aoutpatient histeroscopy ; a pilot study . *Br obstet Gynecol* 1997 104-842-844.
- 33.-Loffer FD Removal of large symptomatic intrauterine growths by the hysteroscopic resectoscope. *Obstet, Gynecol* 1990; 76 : 836-840.
- 34.-Groomwin SC vendantham S Mc lucas B fono AE Perella R Preliminary experience whit uterine artery embolization for uterine fibroids *Curr opin obstet gynecol* 1997; 8 517-526.
- 35.-Groomwin SC Walker wj uterine artery embolization for the treatment of uterine fibroids *Curr Opin obstet Gynecol.* 1998,10; 315,320.

36.-Graves WP Tumors of the uterus in , Curtis AH ed obstetric and gynecology Philadelphia WB saunders 1933

37.- Dubuisson JB Fauconnier A Babaki – Fard K Chapron C Laparoscopic myomectomy . a current view . Hum Reprod Update 2000; 6 588594.