



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
BENEMERITO HOSPITAL GENERAL
JUAN MARIA DE SALVATIERRA

“Miomatosis Uterina. Aspectos ultrasonograficos e histopatológicos. Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra. 2011-2012”

TESIS PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Dra. Angélica Gutiérrez Amézquita

ASESOR DE TESIS:

Dr. Heraclio Antonio Manríquez Carrillo

ASESOR METODOLOGICO:

Dra. Andrea Álvarez Villaseñor

La Paz, Baja California Sur 2014





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.

TESIS DE POSGRADO

“Miomatosis Uterina. Aspectos ultrasonograficos e histopatológicos en el Benemérito Hospital General

Juan María de Salvatierra. 2011-2012”

Presenta:

Dra. Angélica Gutiérrez Amézquita

Asesor de Tesis

Dr. Heraclio Manríquez Carrilo

Asesor Metodológico

Dra. Andrea Álvarez Villaseñor

Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia

Dr. Eduardo Esponda Tort

Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación

Dr. Gustavo J. Farias Noyola

Subdirector de Innovación y Enseñanza Estatal

Dra. Francisca Garcia Rodriguez

Titular del Curso

Dr. Carlos Arriola Isais

Agradecimientos

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mis padres, porque creyeron en mi y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí. A mi hermana, tíos, primos, abuelos y amigos. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A ti amor, por estar presente, por ayudarme a luchar, a superarme profesionalmente y como persona. Por la comprensión, la paciencia, la felicidad y el amor dado.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional, compañeros residentes, médicos adscritos, médicos internos y personal de enfermería, a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles.

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo Dra. Liliana Campos, Dra. Andrea Álvarez, Dr. Heraclio Manríquez, Dr. Gustavo Farías y Dr. Carlos Arriola.

RESUMEN

Introducción: La miomatosis uterina es la causa más común de tumores pélvicos sólidos en mujeres. A pesar de tratarse de una patología ginecológica clásica, sigue existiendo controversia en cuanto a la génesis del tumor y las posibilidades terapéuticas. Se estima que aproximadamente de 3 a 5 billones de dólares se gastan al año en el diagnóstico y tratamiento en Estados Unidos, realizándose 200 000 histerectomías anuales por esta entidad. La literatura marca al examen ultrasonográfico como el examen de elección para el diagnóstico, el estudio abdominal tiene sensibilidad del 85% y el método transvaginal tiene una sensibilidad alta 95-100%.

Objetivo: Conocer la relación de pacientes con diagnóstico coincidente preoperatorio ultrasonográfico de miomatosis uterina y reporte histopatológico en pacientes pos operadas de histerectomía en el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra en los años 2011 y 2012.

Material y métodos: Tipo de estudio: retrospectivo, observacional tipo transversal. Población de estudio: todas las pacientes con internamiento hospitalario y diagnóstico de miomatosis uterina en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2011 y el 31 de diciembre 2012. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, y realización de histerectomía total abdominal. Criterios de exclusión: expedientes clínicos incompletos, pacientes sin reporte histopatológico.

Resultados: En el año 2011 se tiene la estadística de 94 casos con diagnóstico de ingreso de miomatosis uterina, y 96 casos en 2012, a estas pacientes se aplicaron los criterios de inclusión teniendo así un total de 97 casos, de estas el diagnóstico de miomatosis uterina, se realizó a la edad promedio de 40.5 años y la edad de histerectomía total abdominal fue de 42 años. El sangrado uterino anormal se presentó en 76% y dolor pélvico en 50.5%, el 2% presento infertilidad. Se confirmó el diagnóstico de miomatosis uterina solo en 58 pacientes (59.7%), de estas la localización más frecuente fue intramural (74%), en segundo lugar subseroso (17%) y submucoso (9%).

Índice

Marco Teórico.....	6
Pregunta de Investigación.....	15
Planteamiento del Problema.....	16
Justificación.....	17
Hipótesis.....	19
Objetivos.....	20
Material y Métodos.....	21
Tipo de Estudio	
Área de Estudio	
Población de Estudio	
Descripción del Estudio	
Criterios de Inclusión	
Criterios de Exclusión	
VARIABLES	
Hoja de Recolección de Datos	
Aspectos Éticos	
Análisis estadístico	
Cronograma de actividades	
Resultados.....	25
Conclusión.....	30
Anexos.....	32
Bibliografía.....	34

Marco Teórico

La miomatosis uterina, también se le conoce como fibroleiomiomatosis, leiomiomatosis, fibromiomatosis o fibromas uterinos, es el tumor benigno más frecuente en la mujer en edad de reproductiva. Se encuentra en el 20 % de las mujeres y este porcentaje aumenta al 50 % si los miomas se buscan sistemáticamente en las autopsias. 1, 2

En realidad, la incidencia de los fibromas está subestimada puesto que solamente tiene en cuenta los fibromas sintomáticos. Su incidencia acumulada para la edad de 50 años es de más del 80% en mujeres afroamericanas y 70% en mujeres caucásicas. 1,2,3

La miomatosis uterina es la causa más común de tumores pélvicos sólidos en mujeres. A pesar de tratarse de una patología ginecológica clásica, sigue existiendo controversia en cuanto a la génesis del tumor y las posibilidades terapéuticas. 2

Se estima que aproximadamente de 3 a 5 billones de dólares se gastan al año en el diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina en los Estados Unidos, realizándose 200,000 histerectomías anuales por esta entidad. Debe considerarse como un auténtico problema de salud pública. 2,3

La etiología de los miomas aún se desconoce. Se sabe que aproximadamente 60% de los miomas son cromosómicamente normales, con cariotipo 46XX. El 40% restante presentan anomalías cromosómicas. En un mismo útero, cada fibroma tiene su historia y su propia genética, permitiendo sugerir el origen monoclonal de los fibromas uterinos.3, 4,5

Los miomas están claramente asociados con la exposición de estrógenos y progesterona circulante. Existe mayor concentración de receptores estrogénicos en los miomas uterinos que en el miometrio adyacente; de esta manera, se unen un 20% más al

estradiol por miligramo de proteína. El mayor número de divisiones mitóticas se realiza durante la fase secretora en el pico de la producción de progesterona. Otros factores como el factor de crecimiento epidermoide (EGF) y el factor de crecimiento insulinoide (IGF) podrían intervenir en el efecto mitógeno de los estrógenos. 3,4,5

Las condiciones que aumentan la exposición a estrógenos durante la edad reproductiva son factores de riesgo para desarrollar miomatosis uterina, tales como menarca temprana, menopausia tardía, tumores ováricos productores de estrógenos, ingesta de alta dosis y por tiempo prolongado de hormonales orales. 2

El riesgo de miomatosis uterina incrementa con la menarca temprana (< 10 años), se ha visto que incrementa en 1.24 el riesgo. En las mujeres postmenopáusicas el riesgo disminuye 70 a 90%. En las primíparas el riesgo disminuye hasta 20 a 50%. 2,3,4

En mujeres de raza negra se encuentra entre 3 a 9 veces más frecuentemente que en las de raza blanca. Los familiares de primer grado de pacientes con miomatosis tienen 2.5 veces más riesgo que aquellos que no tienen historia familiar. 2,3,4,6,7,8

En mujeres con índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 este riesgo es mayor. 2,4

Se ha sugerido que los altos niveles de esteroides sexuales asociados al embarazo comúnmente causan crecimiento de los miomas uterinos, así como su sintomatología. Éstos se presentan en 1.4 a 8.6% de los embarazos. 4

En cuanto a su clasificación la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), diseñó el sistema PALM-COEIN (pólipos, adenomiosis, leiomioma, malignidad e hiperplasia) (coagulopatía, trastornos ovulatorios, y trastornos endometriales, causas iatrogénicas y no clasificadas), para las causas del

sangrado uterino anormal en los años reproductivos. Las categorías se diseñaron para facilitar el desarrollo actual o subsecuente de sistemas de subclasificación. 9

El sistema de clasificación primario refleja sólo la presencia o ausencia de uno o más leiomiomas, como se determina por evaluación sonográfica, sin importar la localización, el número y el tamaño. En el sistema secundario requiere que el médico distinga los miomas que afectan la cavidad endometrial (submucosos) de otros, debido a que las lesiones submucosas son las que con mayor probabilidad contribuyen a la génesis del sangrado uterino anormal. El sistema PALM-COEIN agrega la categorización de los miomas intramurales y subserosos, así como una categoría que comprende las lesiones “parasitarias” que parecen adosadas al útero. Cuando un mioma colinda o distorsiona el endometrio y la serosa, se categoriza primero por la clasificación submucosa, luego por la localización subserosa, con estos dos números separados por un guión. 3,9 (ANEXO 1)

Microscópicamente, los miomas se componen de fascículos entrelazados de células musculares lisas. Las células musculares son alargadas, con citoplasma eosinófilo y núcleos uniformes en forma de puro y las figuras mitóticas son prácticamente inexistentes.⁴

El término fibroide, aunque pueda resultar semánticamente poco científico, se usa de forma universal y es entendido en todo lugar. Existen algunas variantes de mioma dignas de mención por sus características histológicas, que pueden incluso causar confusión con otras entidades. Estas variantes son, mioma celular, mioma epitelioides, mioma mixoides y mioma simplástico. El reconocimiento de estas variantes es crítico, ya que por el gran pleomorfismo nuclear puede prestarse a confusión con leiomiomasarcoma. 4

Se estima que sólo 20 a 50% de las mujeres con un mioma o más experimentan síntomas. Los síntomas varían, incluyen sangrado

uterino anormal, dolor pélvico, presión pélvica, capacidad reducida de la vejiga, constipación y disfunción reproductiva. Los síntomas usualmente se correlacionan con su localización, número, tamaño o con algún cambio degenerativo concomitante.4

La hemorragia uterina anormal se presenta en 21.4% de las pacientes. La menorragia y la hipermenorrea son el patrón más común de sangrado. La miomatosis uterina se asocia a infertilidad en 5 a 10% de los casos. 1,2,4,5,10

Los miomas subserosos son los más relacionados con síntomas de tumoración pélvica. El tamaño del útero miomatoso se describe en semanas menstruales, así como en un útero gestante. Un útero miomatoso de 12 a 20 semanas de tamaño puede palparse en la exploración abdominal. 4,10

La presión pélvica aparece cuando el útero incrementa de tamaño. Al crecer el útero, la presión sobre órganos adyacentes, especialmente el tracto urinario y rectosigmoides, se acentúa. Las manifestaciones asociadas al tracto urinario incluyen frecuencia urinaria, obstrucción de salida, obstrucción ureteral con hidronefrosis, cólicos nefríticos o pielonefritis. 1,4,10

El 33% de las pacientes presentan dolor, se asocia usualmente con la torsión de un mioma pediculado, dilatación cervical por un mioma submucoso, o por una degeneración roja asociada al embarazo. 1,2,4,11

En cuanto al diagnóstico, en la exploración física se percibe el volumen uterino, al tacto vaginal, el fibroma es una tumoración firme, lisa, indolora, bien limitada, que deforma la superficie del útero, el tacto bimanual (recto-vaginal) tiene una alta sensibilidad cuando el tamaño del mioma es mayor a 5 cm, con exploración armada se intenta localizar miomas expulsados por el cuello. 2,3

Las técnicas de imagen son útiles cuando es necesario confirmar el diagnóstico o localizar el mioma previo a la cirugía. La ecografía es el examen de elección para el diagnóstico, tiene sensibilidad hasta del 85% para detectar miomas de 3 o más centímetros. El ultrasonido transvaginal tiene una sensibilidad alta (95-100%) para detectar miomas en úteros menores a 10 semanas. 2,4

La clasificación ultrasonográfica de acuerdo a su tamaño, se agrupa en pequeños elementos (1-2mm), medianos (1-2cm) y grandes elementos (>5 cm). 2,4

La histerosonografía parece mejorar la eficacia de la ecografía en el diagnóstico y estudio de los miomas submucosos. En cuanto a la histerosalpingografía puede ser objeto de interés para apreciar la repercusión de los miomas en la cavidad uterina, en caso de infertilidad. La histeroscopia permite el diagnóstico de los fibromas intracavitarios en los que el diámetro total del mioma se encuentra en la cavidad uterina. 2,3,4

La Resonancia Magnética, se trata del examen más eficaz para la cartografía exacta de los miomas, permite el diagnóstico diferencial con la adenomiosis, leiomiomas y tumores de los anexos. Es un elemento principal en el diagnóstico de los fibromas. Sin embargo, sus inconvenientes son el costo del examen y el acceso al aparato. Por esta razón, solamente se utiliza en caso de difícil interpretación de la ecografía. 2,4,12

En cuanto al tratamiento puede ser médico, quirúrgico o una combinación, aunque no todas las pacientes con miomatosis uterina lo necesitan, sólo aquellas que se encuentran sintomáticas. 4, 5, 13

Para las mujeres que prefieren manejo conservador, existen múltiples terapias médicas. Tienen como ventaja evitar las complicaciones del manejo quirúrgico y permitir la conservación

del útero. Estas terapias deben ser tomadas como la primera línea de tratamiento. 4

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), reducen los niveles de prostaglandina. De acuerdo al grupo Cochrane fueron más efectivos que el placebo para reducir la menorragia, pero menos efectivos que el ácido tranexámico, el danazol o el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. 14

La combinación o progestinas solas, son a menudo la primera línea de tratamiento de estas pacientes. A pesar de que esta terapia produce atrofia endometrial y estabilización, ningún análisis objetivo de las pacientes que presentan fibromas y tratadas con progesterona ha permitido confirmar la eficacia del tratamiento progestágeno sobre la evolución volumétrica de los fibromas. 3,4

Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), hacen una regulación a la baja de los receptores de GnRH a nivel de la hipófisis, causando una reducción profunda de hormona folículo estimulante, hormona luteinizante y esteroides ováricos y, por lo tanto, causan un incremento repentino inicial, causando hiperestrogenismo y posteriormente producen un estado de hipoestrogenismo, esto ocasiona amenorrea y declinación en el tamaño del mioma de 35 a 65%, y 35% del volumen uterino. Se consideran de valor en la terapia preoperatoria para pacientes con anemia o miomas de gran tamaño. 4,5, 13

El grupo Cochrane reporto una búsqueda, con 26 estudios, en los cuales el uso de análogos de GnRH durante los 3 a 4 meses antes de la cirugía del fibroma, reduce el volumen uterino y el tamaño. Son beneficiosos para corregir la anemia ferropénica preoperatoria y reducir hemorragia intraoperatoria. 15

Los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (SERM), son agentes no esteroideos que se unen a los receptores de estrógenos y exhiben un efecto agonista o antagonista estrogénico, dependiendo del tejido blanco. Los moduladores de los receptores de progesterona (mifepristona) reduce el número de receptores de progesterona, y produce amenorrea y supresión del mioma. 4,5

El danazol es un derivado de la 19-nortestosterona que inhibe la secreción de gonadotropinas en la hipófisis, la producción de esteroides ováricos y suprime el crecimiento endometrial. Disminuye efectivamente el volumen del mioma y uterino 4,5

El dispositivo liberador de levonogestrel ha sido estudiado en estudios prospectivos ha tenido disminución significativa de la hemorragia uterina y niveles de hemoglobina. 4,16,17

Una de las nuevas alternativas terapéuticas no quirúrgicas para tratar los miomas uterinos sintomáticos es la embolización de las arterias uterinas. Esta técnica limita el aporte sanguíneo de los miomas, causando infarto del mismo y reduciendo su tamaño, puede disminuir de 29 a 51% el volumen uterino en un periodo de tres meses. 4, 18

El tratamiento quirúrgico conservador se reserva a los miomas sintomáticos en las pacientes que desean conservar una fertilidad ulterior. La miomectomía laparoscópica, se indica en caso de fibromas de menos de 9 cm y cuya cantidad suele ser inferior a 3 miomas. Se ha observado una disminución de 51% de las adherencias postquirúrgicas al compararla con la técnica abierta. El riesgo de recurrencia después de una miomectomía se ha reportado de manera variable de 5 a 50%. Las complicaciones aumentan al incrementar el número de miomas que se resecan, aunque la relación aún no es muy clara. 3,4,5,13

La miomectomía histeroscópica, se encuentra indicada para pacientes con miomas submucosos, con mínimo 50% del volumen en la cavidad uterina. La tasa de embarazo reportada posterior a este procedimiento se ha observado de hasta 81% en un periodo de 40 meses. 13

Los fibromas son la primera indicación de las histerectomías en algunos países. Las vías de acceso de la histerectomía son la vía abdominal, vaginal y laparoscopia. La histerectomía continúa siendo el tratamiento más común para la miomatosis uterina debido a que es el único que cura y elimina la posibilidad de recurrencia. Las indicaciones están principalmente motivadas por la presencia de menometrorragias y/o dolor pélvico. La tasa de complicaciones, incluyendo complicaciones menores, se ha estimado hasta en 40 a 50% en algunas series de casos. Existe una morbilidad significativa en 3% de los casos, con mortalidad en 1-2 por 1,000 histerectomías. 4, 19

Recientemente, un estudio francés realizado en los centros hospitalarios universitarios encontró el 46 % de las histerectomías realizadas por vía vaginal, el 40 % por vía abdominal y el 14 % por vía laparoscópica. Actualmente se tiende a realizar menos histerectomías por laparotomía. 3

El Grupo Cochrane efectuó una búsqueda para comparar los resultados de la histerectomía subtotal versus la histerectomía abdominal total. La duración de la cirugía y hemorragia se redujeron significativamente con la histerectomía subtotal, se observó una menor probabilidad de presentar morbilidad febril y una mayor probabilidad de presentar hemorragia vaginal cíclica continua un año después de la con la histerectomía subtotal que con la total. No hubo pruebas sobre diferencias en las tasas de otras complicaciones, la recuperación de la cirugía o las tasas de reingreso. 20

Como se mencionó esta entidad debe considerarse un problema de salud pública, debido a los altos costos que se generan en la atención hacia las pacientes desde el diagnóstico hasta el tratamiento. Se abordaron la amplia gama de estudios diagnósticos así como alternativas terapéuticas que existen en la actualidad. Creo que el diagnóstico de miomatosis uterina está siendo usado de manera irracional a nivel institucional, no se está realizando estudios complementarios para el diagnóstico ni se agotan los diferentes tratamientos, en su mayoría las pacientes son sometidas a procedimientos quirúrgicos los cuales representan un riesgo inherente hacia la paciente, además de representar un elevado costo para la institución hospitalaria.

El presente estudio está dirigido a investigar aquellas pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina y a las cuales se les practico histerectomía total abdominal, conocer el diagnóstico realizado por imagen, los hallazgos quirúrgicos y el análisis histopatológico; todo estos con la finalidad de saber si las pacientes realmente eran portadoras de miomas uterinos o contaban con otra patología.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre el diagnóstico ultrasonográfico preoperatorio de miomatosis uterina y el reporte histopatológico en pacientes pos operadas de histerectomía total abdominal en el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra, en los años 2011 y 2012?

Planteamiento del Problema

En las mujeres premenopáusicas, la miomatosis uterina es la principal indicación de histerectomía, debido a la alta frecuencia de esta, que en los países desarrollados alcanza hasta un 40 % de las pacientes con edad de 60 años, debe considerarse el tratamiento como un auténtico problema de salud pública. 1

El diagnóstico de miomatosis uterina es la piedra angular para el tratamiento de estas pacientes, se basa desde la historia clínica hasta los estudios de imagen. Existen diferentes diagnósticos diferenciales como lo son adenomiosis, hiperplasia endometrial, cáncer endometrial y cáncer cervicouterino entre otros. Es fundamental conocer sobre estos para poder ofrecer mejores herramientas de diagnóstico y tratamiento, con fin de ofrecer mejor atención al paciente.

En el en el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra, en el año 2011 se tiene la estadística de 94 casos con diagnóstico de ingreso de miomatosis uterina, y 96 casos en 2012. En estas pacientes existieron diferentes motivos para su ingreso.

Justificación

La miomatosis uterina es la causa más común de tumores pélvicos sólidos en mujeres. A pesar de tratarse de una patología ginecológica clásica, sigue existiendo controversia en cuanto a la génesis del tumor y las posibilidades terapéuticas. Se *estima que aproximadamente de 3 a 5 billones de dólares se gastan al año en el diagnóstico y tratamiento en Estados Unidos, realizándose 200 000 histerectomías anuales por esta entidad. 2,3

La literatura marca al examen ultrasonografico como el examen de elección para el diagnóstico, el estudio abdominal tiene sensibilidad del 85% para detectar miomas de 3 o más centímetros y el método transvaginal tiene una sensibilidad alta 95-100%. Llama la atención la diferencia de sensibilidad entre ambas modalidades, hablando en términos de esta institución, un gran porcentaje de estudios ultrasonograficos realizados son por vía abdominal, dejando así un 15% de posibilidad de fallo, por lo cual resulta interesante saber el número de pacientes sometidas a histerectomía abdominal con diagnóstico de miomatosis realizado por ultrasonido y el diagnostico final histopatológico. 2,3,4.

Conocer el porcentaje de esta relación nos ayudara a saber si el protocolo diagnóstico y terapéutico de miomatosis uterina realizado en nuestra institución se está llevando de forma adecuada, saber si el tratamiento quirúrgico está sobrevalorado, si los estudios de gabinete son suficientes o se debe de implementar nuevas herramientas diagnosticas al protocolo.

En cuanto al evento quirúrgico, se sabe no es un procedimiento inocuo, existe una morbilidad significativa en 3% de los casos, con mortalidad en 1-2 por 1000 histerectomías. La tasa de complicaciones, incluyendo complicaciones menores, se ha estimado hasta en 40 a 50% en algunas series de casos. 4,19,20.

En nuestro hospital se tiene la incidencia en 2 años de 190 pacientes con diagnóstico de ingreso de miomatosis uterina. El siguiente estudio está dirigido a investigar la relación del diagnóstico ultrasonografico preoperatorio de miomatosis uterina con el reporte histopatológico en pacientes sometidas a histerectomía total abdominal en los años 2011 y 2012 en el Benemérito Hospital General “Juan María de Salvatierra”.

Existe factibilidad de ejecutar este estudio por qué no demanda la intervención de grandes cantidades de recursos humanos, financieros y materiales, es viable porque va de acuerdo con los objetivos y políticas de la institución, y favorecerá mejorar la calidad de atención en las pacientes que acuden por este diagnóstico.

Hipótesis

Hipótesis Nula:

El diagnóstico preoperatorio ultrasonográfico de miomatosis uterina se corrobora con el reporte histopatológico de pacientes sometidas a histerectomía total abdominal en el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra en los años 2011 y 2012.

Hipótesis Alterna:

El diagnóstico preoperatorio ultrasonográfico de miomatosis uterina difiere con el reporte histopatológico de pacientes sometidas a histerectomía total abdominal en el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra en los años 2011 y 2012.

Objetivos

General:

- Conocer la relación de pacientes con diagnóstico coincidente preoperatorio ultrasonografico de miomatosis uterina y reporte histopatológico en pacientes pos operadas de histerectomía en el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra en los años 2011 y 2012.

Específicos:

- Conocer síntomas asociados (sangrado uterino anormal y dolor pélvico)
- Conocer edad promedio en la que se hace el diagnóstico
- Conocer el porcentaje de pacientes con miomatosis uterina e infertilidad
- Conocer comorbilidades asociadas como displasias cáncer cérvico uterino y cáncer endometrial

Material y Métodos

Tipo de Estudio:

Retrospectivo, observacional tipo transversal.

Área de Estudio:

Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra.

Población de estudio:

Todas las pacientes con internamiento hospitalario y diagnóstico de miomatosis uterina en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 2011 y el 31 de diciembre 2012.

Descripción del Estudio:

Previa autorización del comité de enseñanza e investigación, se realizó una revisión de los expedientes electrónicos sistema (SIGHO) de las pacientes con internamiento y diagnóstico de miomatosis uterina, además del reporte histopatológico en cualquier fuente ya sea expediente electrónico o físico. Los datos fueron recolectados en una hoja de cálculo de Excel para su posterior análisis.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, y realización de histerectomía total abdominal en el periodo del 01 de enero de 2011 al 31 de diciembre 2012 en el Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra.

Criterios de Exclusión:

- Expedientes clínicos incompletos.
- Pacientes sin reporte histopatológico.

Descripción de Variables de estudio

Variables dependientes

1.- Miomatosis uterina: Tumores benignos del musculo liso del útero. Su tamaño es variable, van desde milímetros hasta grandes tumores que ocupan toda la cavidad abdominal. Están asociados a periodos menstruales abundantes, síntomas de compresión y ocasionalmente dolor. Ultrasonograficamente se clasifican según su tamaño en pequeños, medianos y grandes elementos, y según su localización en submucosos, intramurales y subserosos.

2.- Diagnóstico histopatológico: La histología es la ciencia que estudia todo lo relacionado con los tejidos orgánicos y su estructura microscópica. Existen algunas variantes de miomatosis según sus características histológicas, (mioma celular, mioma epitelioide, mioma mixoide y mioma simplástico)

Operacionalización de las variables:

Nombre	Tipo	Naturaleza	Definición operacional	Técnica de medición	Análisis estadístico
Miomatosis uterina	Dependiente	Cualitativa nominal	Presencia de miomas en el dx preoperatorio y posoperatorio	Presencia o ausencia	Frecuencias porcentajes
Diagnostico histopatológico	Dependiente	Cualitativa ordinal	Clasificación histopatológica	Si/ no	Frecuencias porcentajes

Hoja de Recolección de Datos:

- Número de caso
- Número de expediente
- Edad del diagnóstico
- Edad de la cirugía
- Gestaciones
- Infertilidad
- Sangrado uterino anormal
- Dolor pélvico
- Reporte radiológico
- Fecha de cirugía
- Hallazgos quirúrgicos
- Reporte Histopatológico

Aspectos Éticos:

Según la ley general de salud en su capítulo de investigación en seres humanos no representa riesgo por ser solo revisión de expedientes, fue sometido al Comité de Enseñanza e Investigación del Benemérito Hospital General “Juan María de Salvatierra” de La Paz Baja California Sur México otorgándose autorización. NUMERO: 003-003-2013.

Análisis estadístico:

La información será recolectada mediante un formato de hoja de recolección de datos, para posteriormente calcular resultados. (Anexo1) Con el apoyo de programa Excel 2010 se realizó estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes, como estadística inferencial se realizara prueba exacta de Fisher.

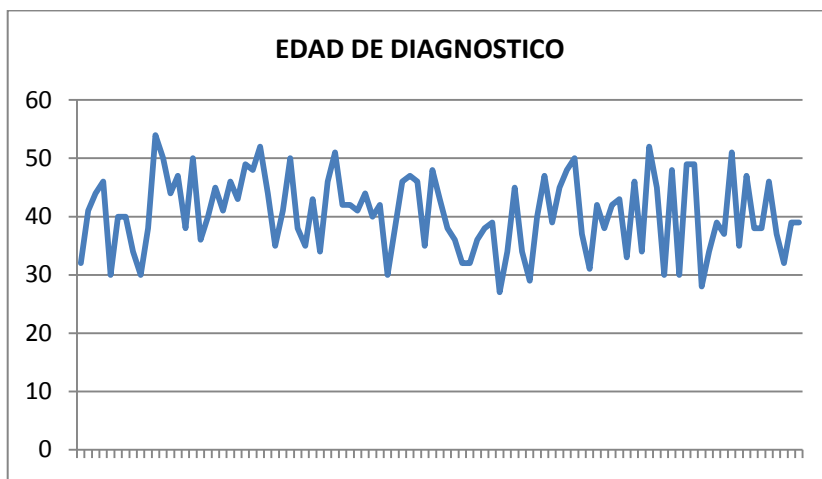
Cronograma de actividades 2013

ACTIVIDAD	E N	FE B	MA R	A B	MA Y	JU N	JU L	A G	SE P
REDACCION DEL PROTOCOLO				X	X				
AUTORIZACION DEL PROTOCOLO						X			
RECOLECCION DE LA INFORMACION							X		
ANALISIS DE - LOS RESULTADOS							X		
REDACCION DEL ESCRITO FINAL								X	
ENTREGA DE TESIS									X

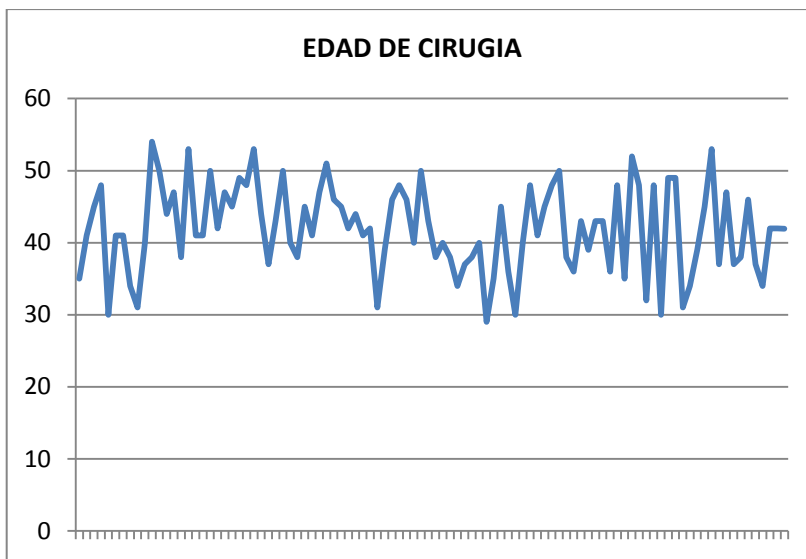
Resultados

En el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra, en el año 2011 se tiene la estadística de 94 casos con diagnóstico de ingreso de miomatosis uterina, y 96 casos en 2012, a estas pacientes se aplicaron los criterios de inclusión teniendo así un total de 97 casos, de estos se recolectaron los datos necesarios y se aplicaron las técnicas estadísticas correspondientes, teniendo así los siguientes resultados.

De las 97 paciente el diagnóstico de miomatosis uterina, se realizó a la edad promedio de 40.5 años.



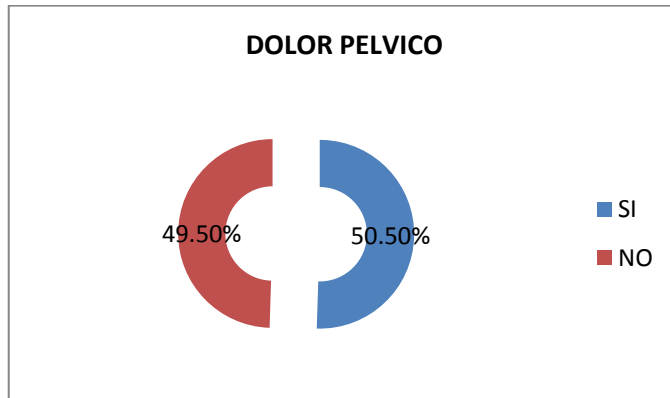
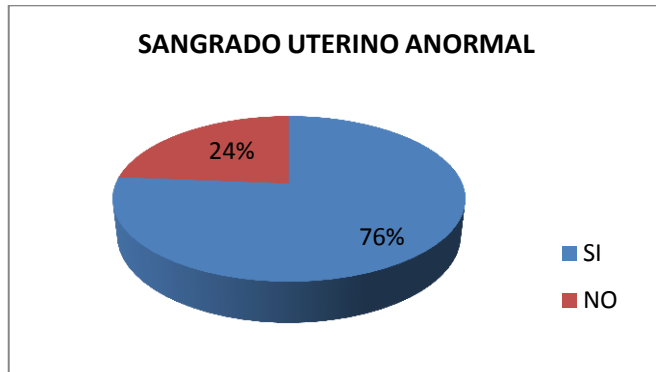
El promedio de edad de las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal fue de 42 años.



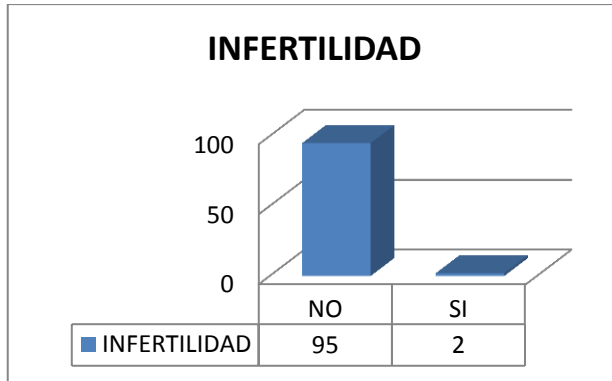
La media y desviación estándar para la edad de cirugía fue de 41 ± 6 años, la media y desviación estándar para la edad de diagnóstico fue de 40 ± 6.46 años. En cuanto a estas edades no hubo diferencia significativa ($p=2.6$).

Los síntomas que se buscaron en la hoja de recolección de datos fueron sangrado uterino anormal y dolor pélvico. Para el primera de las 97 pacientes 74 de estas lo presentaban (76%) y 23 no (24%). No hubo relación entre la presencia de sangrado y el diagnóstico de miomatosis ($p=0.8$).

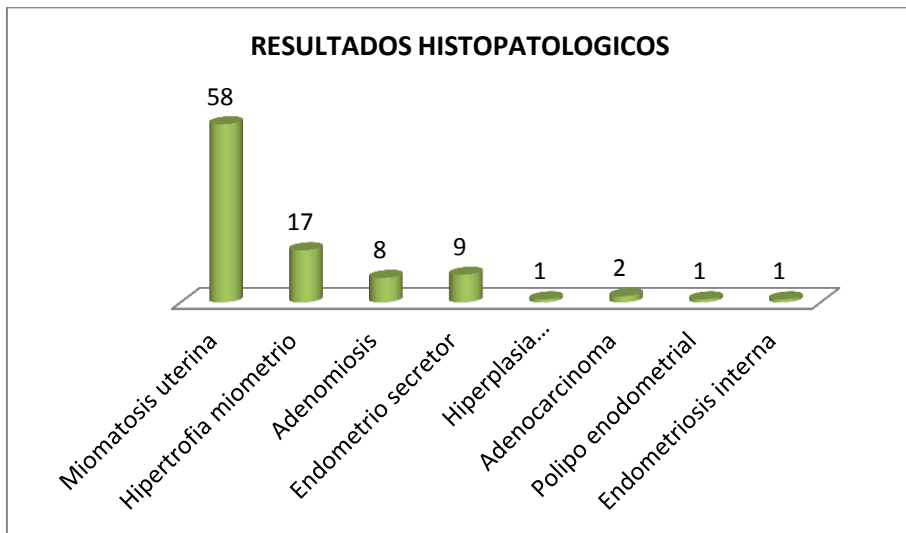
En cuanto al dolor pélvico 49 pacientes lo refirieron (50.5%), y 48 lo negaron (49.4%). No hubo relación entre la presencia de dolor pélvico y el diagnóstico de miomatosis ($p=0.5$).



De las 97 pacientes 2 de estas presentaron diagnóstico de infertilidad, representando el 2.06%. No hubo relación entre la presencia de infertilidad y el diagnóstico de miomatosis ($p=0.5$).

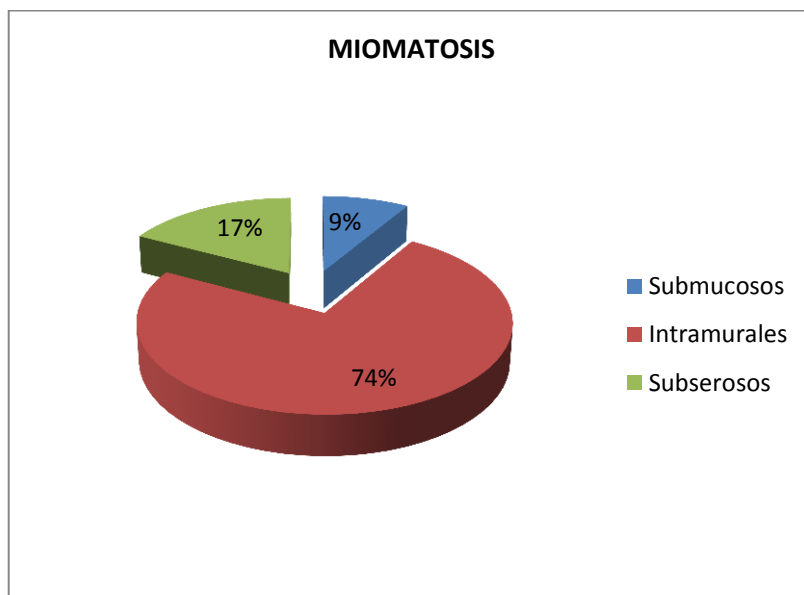


De las 97 pacientes con diagnóstico histopatológico, se confirmó el diagnóstico de miomatosis uterina solo en 58 de estas (59.7%). Los otros diagnósticos fueron los siguientes.



De estas 97 pacientes 2 de ellas arrojaron diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma bien diferenciado. Como diagnóstico adyacente 2 pacientes con virus de papiloma humano y una paciente con neoplasia intraepitelial cervical I.

De las 58 pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, se subdividieron según la localización, teniendo así los siguientes resultados.



Conclusión

El mioma uterino es la neoplasia benigna ginecológica más común. Presenta una incidencia del 20-30% en la población. A pesar de su frecuencia, esta enfermedad continua siendo enigmática (historia natural, incidencia y progresión). 2,3.

Actualmente sigue existiendo controversias en cuanto a la génesis del tumor y las posibilidades terapéuticas. Las recomendaciones bibliográficas actualmente son controvertidas, se marcan diferentes pautas terapéuticas y diagnósticas, las cuales deben de individualizarse. 3,4,5.

En el estudio realizado en estos 2 años se incluyeron 97 pacientes con diagnóstico de ingreso de miomatosis uterina y realización de histerectomía total abdominal.

El diagnóstico preoperatorio ultrasonográfico de miomatosis uterina se corroboró con el reporte histopatológico de pacientes sometidas a histerectomía total abdominal en el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra en los años 2011 y 2012 solo en 59.7%.

Se hizo un análisis de pruebas diagnósticas (ultrasonido Vs reporte histopatológico), ya que todas las pacientes contaban con ultrasonido y diagnóstico de miomatosis. En estas 97 pacientes se tuvo sensibilidad del 59% y especificidad del 23%. Estos resultados son lejanos a lo que se reporta en la literatura, con sensibilidad del 85% por vía abdominal. Dejando así un margen de error importante, lo cual nos ofrece realizar medidas para mejorar el diagnóstico, como podría ser realizar ultrasonido endovaginal como rutina no como complemento, otra medida pudiera ser realizar 2 estudios con diferente observador, o bien en caso de existir duda diagnóstica implementar otros estudios de imagen.

De las pacientes con diagnóstico confirmatorio de miomatosis uterina, la localización más frecuente fue intramural, siendo del 74%, en segundo lugar subseroso 17% y por último submucoso del 9%.

La edad promedio de diagnóstico fue de 40.5 años, la paciente con mayor edad fue de 54 años y de menor edad fue de 27 años. En cuanto a la edad de diagnóstico y edad de cirugía no hubo diferencia significativa ($p=2.6$), lo cual nos habla que la realización del protocolo en pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina en esta institución es rápido.

El sangrado uterino anormal, en esta población se presentó en el 76%, el cual es el triple de lo reportado por la literatura (21.4%), el dolor pélvico se presentó en 50.5%, mayor al reportado en la literatura (33%). El porcentaje de pacientes con infertilidad el cual fue de 2%, menor al estimado (5-10%).

Otro punto importante que comentar es sobre el servicio de patología en esta institución, el sistema estadístico reportó en el año 2011 94 casos con diagnóstico de ingreso de miomatosis uterina, y 96 casos en 2012, pero de estos casos solo se incluyeron 97, el criterio de exclusión fue que no contaban con reporte histopatológico, es decir solo el 51% de los casos tenían reporte, dejando así un amplio número de pacientes inconclusos, lo que alarma más son los otros diagnósticos posibles, como se vio en estas 97 pacientes se realizó diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma en 2; como diagnóstico agregado 2 pacientes presentaron virus del papiloma humano y una paciente Neoplasia Intraepitelial Cervical I, lo cual resulta realmente preocupante, que pasó con el otro 49% de pacientes.

Como conclusión el objetivo general y los específicos se cumplieron.

ANEXO 1 – Clasificación FIGO. PALM COEIN

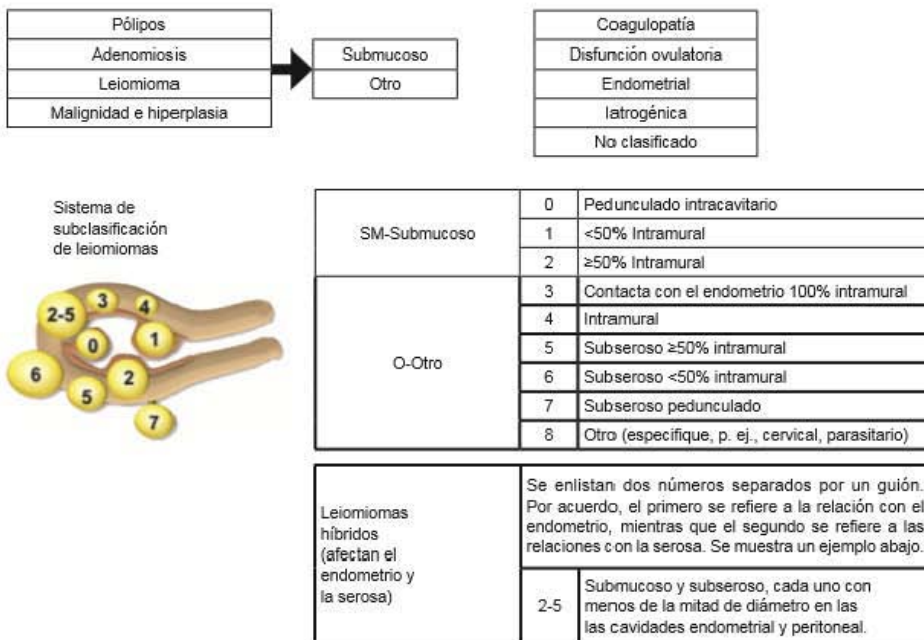


Figura 2. Sistema de clasificación que comprende el subsistema de leiomioma terciario. El sistema que incluye la clasificación terciaria de leiomiomas categoriza el grupo submucoso de acuerdo con el sistema Wamsteker¹² y agrega categorizaciones para las lesiones intramural, subserosa y transmural. Las lesiones intracavitarias están adosadas al endometrio por un estrecho tallo y se clasifican como tipo 0; los tipos 1 y 2 requieren que una porción de la lesión sea intramural, pero el tipo 1 representa 50% o menos y el tipo 2 más de 50%. Las lesiones de tipo 3 son completamente extracavitarias, pero colindan con el endometrio. Las lesiones de tipo 4 son leiomiomas intramurales que se encuentran completamente dentro del miometrio, sin extensión hacia la superficie endometrial o la serosa. Los miomas subserosos (tipos 5 a 7) representan la imagen en espejo de los miomas submucosos, el tipo 5 representa más de 50% intramural; el tipo 6 es 50% o menos intramural y el tipo 7 está adosado a la serosa por un tallo. La clasificación de las lesiones transmursales se categorizará por su relación con las superficies endometrial y serosa. La relación endometrial se anotaría primero y en segundo lugar la relación serosa (por ejemplo, 2-3). Una categoría adicional, el tipo 8, se reserva para los miomas que no se relacionan con el miometrio en absoluto e incluiría las lesiones cervicales, las que existen en los ligamentos redondos o anchos sin adosamiento directo al útero y otras lesiones llamadas "parasitarias." (Reproducido con autorización de Munro MG. Abnormal uterine bleeding, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2010.)

ANEXO 2- Recolección de Datos

Número de caso					
Número de expediente					
Edad del diagnostico					
Edad de cirugía					
Gestaciones					
Sangrado uterino anormal					
Dolor pélvico					
Infertilidad					
Reporte radiológico					
Fecha de cirugía					
Hallazgos quirúrgicos					
Reporte Histopatológico					

BIBLIOGRAFIA

1. Revista Ginecología y Obstetricia de México. Diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina. Volumen 79, num 11: 711-718. 2011.
2. Abud S, Caballero L, et al. Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina, evidencias y recomendaciones. Catalogo IMSS-082-08. 2008
3. Fernandez H, Gervase A, et al. Fibromas uterinos. Enciclopedia medica quirúrgica. Volumen E-570-A-10. 2002.
4. Ortiz R, Matute L, et al. Miomatosis Uterina. Anales médicos del centro médico ABC. Volumen 54, num 4: 222-233. 2009.
5. Bañuelos Alvarez Raquel. Miomatosis uterina un enfoque endocrinológico. Revista de endocrinología y nutrición. Volumen 8, num 3: 94-99. 2000.
6. Huyck L, Panhuysen M, et al. The impact of race as a risk factor for symptom severity and age at diagnosis of uterine leiomyomata among affected sisters. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volumen 198: 168.e1-168.e9. 2008.
7. Huyck L, Panhuysen M, et al. The impact of race as a risk factor for symptom severity and age at diagnosis of uterine leiomyomata among affected sisters. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volumen 198: 168.e1-168.e9. 2008.
8. Boyle J, Torrealday S. Benign gynecologic conditions. Surgical clinics of north America. Volumen 88:245-264. 2008.
9. Munro M, Critchley H, et al. La clasificación FIGO de causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos. Revista del Climaterio. Volumen 15 (85): 9-17. 2011.
10. Malcom G Munro. Uterine leiomyomas, current concepts, pathogenesis, impact on reproductive health, and medical, procedural, and surgical management. Obstetrics and Gynecology clinics of north America. Volumen 38:703-731. 2011.
11. J. Lopez-Olmos. Miomas y disfuncion sexual. Estudio prospectivo de un año. Clínica e investigación de ginecología y obstétrica. Volumen 38:74-88. 2011.
12. William H. Parker. The utility of MRI for the surgical treatment of women with uterine fibroid tumors. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Enero 2012:31-36.

13. O. Le Dref, J-P Pelage, et al. Fibromas uterinos embolización: Actualización. Elsevier SAS. E-580-A10: 1-7. 2005.
14. Lethaby A, Duckitt K, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding (review). The Cochrane Collaboration. Volumen 1: 1-81. 2013.
15. Lethaby A, Vollenhoven B, et al. Pre-Operative GnRH analogue therapy before hysterectomy or myomectomy for uterine fibroids (review). The Cochrane Collaboration. Volumen 1: 1-97. 2011.
16. Cho S, Nam A, et al. Clinical effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine device in patients with adenomyosis. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volumen 198: 373.e1- 373.e7. 2008.
17. Rodriguez M, Warden M, et al. Intrauterine progestins, progesterone antagonist, and receptor modulators: a review of gynecologic applications. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Mayo 2010: 420-428.
18. Costa L, Costa J, et al. Embolización de las arterias uterinas en el tratamiento del mioma uterino sintomático. Resultado en 90 pacientes a los 2 años. Prog Obstet Ginecol. 2009;52(9):479-90.
19. Sabban F, Collinet P, et al. Histerectomía por vía abdominal por lesiones benignas. Elsevier SAS. Volumen E-41-600: 1-9. 2009.
20. Lethaby A, Mukhopadhyay A, et al. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions (review). The Cochrane Collaboration. Volumen 4: 1-69. 2012.