



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**“CORRELACIÓN DE ULTRASONIDO GINECOLÓGICO CON REPORTE
HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR

DR. FERNANDO EMMANUEL GARDUÑO VALLE

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

DIRECTOR DE TESIS

DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ÁNGELES

- CIUDAD DE MÉXICO, 2018 -



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.

**“CORRELACIÓN DE ULTRASONIDO GINECOLÓGICO CON REPORTE
HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA”**

Autor: Dr. Fernando Emmanuel Garduño Valle

Vo. Bo.

Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles

Profesor Titular del Curso de Especialización
en Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.

Dr. Federico Lazcano Ramírez

Director de Educación e Investigación

**“CORRELACIÓN DE ULTRASONIDO GINECOLÓGICO CON REPORTE
HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA”**

Autor: Dr. Fernando Emmanuel Garduño Valle

Vo. Bo.

Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles

Profesor Titular del Curso de Especialización
en Ginecología y Obstetricia
y director de Tesis

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por haberme dado la salud necesaria para lograr mi sueño.

A mi madre.

Por haberme preparado para enfrentar y lograr mis metas.

A mi esposa.

Por acompañarme a cumplir mis objetivos y apoyarme en todo momento a conseguir un bien común.

A mi hijo.

Por motivarme en todo momento, por su naturaleza para hacerme fuerte cada segundo, sus valores innatos, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis maestros.

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis, por su apoyo ofrecido en este trabajo, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional, por apoyarme en su momento.

Todo el resultado de mi trabajo ha sido posible gracias a ellos.

ÍNDICE

RESUMEN

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MATERIAL Y METODOS	10
III.	RESULTADOS	13
IV.	DISCUSIÓN	16
V.	CONCLUSIONES	19
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

RESUMEN

La histerectomía por leiomiomatosis es común entre edades de 30 a 60 abarcando el 40.7%.

Existen estudios de correlación que analizan la valoración clínica, ultrasonido y patología en Hospitales de la Secretaria de salud de la Ciudad de México.

El diseño metodológico fue un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal con datos obtenidos del archivo clínico del Hospital Dr. Enrique Cabrera, de pacientes con histerectomía total abdominal en el año 2016 por leiomiomatosis.

Se analizaron 100 expedientes, encontrando un alto grado de correlación de ultrasonido con reporte histopatológico de las medidas de los ejes uterinos longitudinal, transverso y anteroposterior de 0.81, 0.86 y 0.94.

Hubo reportes extraordinarios a miomatosis uterina. El 90% tenía cervicitis y 5% cáncer cervicouterino.

Concluimos que el ultrasonido es un útil para detectar tumores benignos como leiomiomas, pero no para otras patologías que causan sangrado uterino anormal.

Palabras clave: correlación ultrasonido y patología, leiomiomatosis y ultrasonido pélvico es un método de diagnóstico ideal para tumores benignos uterinos.

I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes.

Se dice que los leiomiomas son las masas benignas más frecuentes del tracto genital femenino, que ocurren en casi el 25% de la población femenina en general (4). La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes realizados a las mujeres en todo el mundo. En los Estados Unidos se realizan aproximadamente 600 000 procedimientos por año. Todos estos procedimientos se realizan tanto por patología maligna como benigna, teniendo mayor predominio por patología benigna y dentro de esta se encuentran los leiomiomas (11).

Existen procedimientos que buscan conservar la fertilidad como son la miomectomía, el cual preserva la funcionalidad del útero y sobre todo éste órgano (3). Sin embargo, el procedimiento que más se realiza es la histerectomía que se refiere a la extirpación quirúrgica del útero. Es un procedimiento que ha evolucionado a través del tiempo gracias a una serie de factores, destacando los avances en anestesiología, antibioticoterapia y técnica quirúrgica. En la mayoría de las pacientes, la elección de un procedimiento por vía vaginal o abdominal depende del diagnóstico y los datos clínicos encontrados. Sin embargo, dos tercios de las histerectomías son realizadas mediante abordaje abdominal (5). El útero puede ser extirpado por

vía abdominal o vaginal; la elección depende de la indicación de la cirugía, del tamaño y movilidad del útero, de la anchura de la vagina y de la presencia o ausencia de otras condiciones asociadas, como experiencia y entrenamiento del cirujano. La histerectomía puede ser total o subtotal. La ventaja de la histerectomía total es que la extirpación del cérvix elimina una fuente de infección, sangrado y de localización de cáncer y lesiones precancerosas (6). La incidencia de cáncer en el muñón cervical poshisterectomía no se encuentra aumentada, pero el tratamiento de un carcinoma puede ser más difícil, debido a que se ha modificado las relaciones anatómicas con la vagina y el recto, así como por la presencia de posibles adherencias. Por otro lado, la histerectomía subtotal tiene la ventaja de disminuir la probabilidad de lesiones en la vejiga, uréter y recto, ya que no se realiza extirpación del cérvix (8).

La principal indicación de realizar histerectomía es la presencia de sangrado uterino anormal asociado a miomatosis uterina, la cual en la mayoría de los casos resulta ser una patología benigna y concuerda con la presunción diagnóstica previa a tratamiento quirúrgico. La mayoría de las indicaciones de la histerectomía incluyen una o más de las siguientes causas: leiomiomas uterinos (34%), endometritis (19%), prolapso (17,2%), cáncer ginecológico (10,2%) e hiperplasia endometrial (5,6%), las que son responsables del 80% de histerectomías realizadas. Actualmente, se indica el procedimiento en casos de: patología maligna (cáncer de vagina, cáncer de cuello uterino,

cáncer del cuerpo uterino, cáncer de ovario y trompa, cáncer de colon progresado a útero); patología benigna (leiomiomas uterinos, endometriosis, sangrado uterino anormal refractario a tratamiento médico, dolor pélvico crónico, sepsis refractaria al tratamiento médico, prolapso genital, patología ovárica, patología endometrial preneoplásica) y patología obstétrica (placenta acreta, hemorragia incoercible postparto, sepsis con foco uterino postparto)(8).

Esta reportado que puede coexistir malignidad o presentar otra patología benigna ya sea de origen endometrial, cervical, las cuales pasan desapercibidas y terminan siendo hallazgos posoperatorios que de ser antes identificados podrían cambiar el tratamiento. Dos tercios de todas las histerectomías se realiza por vía abdominal (8).

Etiología:

La etiología de los miomas no se conoce. Pero se sabe que son de origen monoclonal y su crecimiento está relacionado con expansión clonal de una sola célula. Los miomas están claramente asociados con la exposición de estrógenos y progesterona circulante y por ello la mujer desarrolla la enfermedad en edad reproductiva y degeneran en edad posmenopáusica. De hecho, se observan raramente durante la pubertad.(10)

Factores de riesgo:

Es mayor cuando se presenta la menarca temprana. En edad postmenopáusica el riesgo disminuye hasta el 90%. Las pacientes con uso de anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal, no se ha demostrado un estímulo del crecimiento uterino. La menarca temprana incrementa en 1.24 el riesgo relativo de desarrollar miomas. La obesidad incrementa la conversión de los andrógenos adrenales a estrona y disminuye la globulina fijadora de hormonas sexuales, por lo que en mujeres con índice de masa corporal mayor a 30 este riesgo es mayor. (11) Tener familiares de primer grado de pacientes con miomatosis tienen 2.5 veces más riesgo. El tabaquismo disminuye el riesgo de desarrollar miomas uterinos por la disminución de la conversión de andrógenos a estrona, secundaria a la inhibición de la aromatasa por la nicotina, así como el incremento de 2-hidroxilación del estradiol, o la estimulación de los altos niveles de la globulina fijadoras de hormonas sexuales. (12)

Diagnóstico:

Se establece con datos del examen físico, laboratorio, ultrasonido. Se descubren fácilmente por palpación bimanual habitual del útero o algunas veces por la simple palpación del abdomen inferior. Cuando el cuello uterino es desplazado hacia arriba detrás de la sínfisis del pubis generalmente hay grandes fibromas. El diagnóstico es obvio cuando el contorno uterino normal está distorsionado por

una o más masas firmes, esféricas y lisas; pero con frecuencia no es posible tener absoluta certeza. (13) Se puede presentar anemia como resultado de hemorragia uterina excesiva y disminución de las reservas de hierro. También se puede ver leucocitosis y velocidad de eritrosedimentación elevada, en casos de degeneración aguda o de infección del mioma. El ultrasonido reporta una sensibilidad del 60% en estudios prospectivos y 78% en evaluaciones retrospectivos. (14)

Para su clasificación acorde al tamaño del mioma uterino, se clasifican en:

Pequeños elementos: menor de 20mm en su mayor diámetro.

Medianos elementos: 20mm a 59mm en su mayor diámetro.

Grandes elementos: igual o mayor a 60m en su mayor diámetro.

Tratamiento:

Cuando no hay sintomatología, solo amerita vigilancia periódica. Hay que evaluar el tamaño del mioma, su localización, sintomatología, edad e historia reproductiva y obstétrica. La primera línea de tratamiento es a base de Estrógenos y progestinas. Existen medicamentos que inhiben la síntesis esteroidea, como son los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas, los cuales 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%; la disminución del tamaño se hace más evidente a los tres meses de terapia. Otros medicamentos son los inhibidores de la aromatasa que Inhiben directamente la síntesis de estrógenos y producen rápidamente un estado hipoestrogénico. Los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos son agentes no esteroideos que se unen a los receptores de estrógenos y exhiben un efecto agonista o antagonista estrogénico, dependiendo del tejido blanco. La terapia androgénica a base de danazol que inhibe la secreción de gonadotropinas en la hipófisis, la producción de esteroides ováricos y suprime el crecimiento endometrial. Dispositivo intrauterino con progestina. (15) Estos dispositivos han sido estudiados como tratamiento local de la menorragia y miomas sintomáticos. El dispositivo intrauterino con levornogestrel es un método probado, efectivo y reversible en el manejo de menorragia, el cual inactiva y atrofia el endometrio. La indicación para realizar un procedimiento quirúrgico es:

1. la presencia de sangrado uterino anormal que no responde a tratamiento conservador
2. Tener alto nivel de sospecha de malignidad o presentar crecimiento posterior a la menopausia.
3. Infertilidad cuando existe distorsión de la cavidad endometrial u obstrucción de la trompa uterina.
4. Pérdida gestacional recurrente por distorsión de la cavidad endometrial.

5. Presión y dolor pélvico que interfieran con la calidad de vida.
6. Síntomas del tracto urinario, como frecuencia y/o obstrucción.
7. Deficiencia de hierro y anemia secundaria a pérdida sanguínea crónica.

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. Existe una morbilidad significativa en 3% de los casos, con mortalidad en 1-2 por 1,000 histerectomías. La tasa de complicaciones, incluyendo complicaciones menores, se ha estimado hasta en 40 a 50% en algunas series de casos.

Miomectomía abdominal es el tratamiento preferido cuando se desea la preservación del útero. (16)

Embolización de la arteria uterina: Esta técnica limita el aporte sanguíneo de los miomas, causando infarto del mismo y reduciendo su tamaño. (16)

Planteamiento del problema

La exploración física y por ultrasonografía no es exacta al hacer diagnóstico de miomatosis uterina, es por ello que el resultado final se da por el servicio de patología donde existe un porcentaje no despreciable de malignidad que debe tener seguimiento por servicios de oncología médica por las características encontradas y que no deben pasar por alto. Por ello es importante determinar el resultado de patología y llevar un seguimiento de las pacientes con reporte de malignidad.

¿Cuáles son los resultados de patología de las pacientes pos-operadas de histerectomía por miomatosis uterina en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera?

Justificación

Existen procedimientos de rutina que se solicitan a las pacientes que se les realiza histerectomía de forma electiva, con los cuales se consigue determinar el grado de dificultad del procedimiento quirúrgico y los cuidados que se deben tener durante la cirugía. El estudio anatomopatológico de la pieza obtenida por cirugía es el elemento más importante posquirúrgico para dar seguimiento a la paciente y determinar si su problema principal era causado por miomatosis o si se encuentran otras patologías que ameritan seguimiento. El examen clínico, de ultrasonido y de patología es variable dependiente por lo que es importante saber el acercamiento diagnóstico previo al procedimiento quirúrgico con respecto a la medida ultrasonográfica y con ello determinar el mejor tratamiento para cada paciente.

Objetivos

General.

Correlacionar el resultado de ultrasonido ginecológico con histopatológico de las pacientes que se realiza histerectomía total abdominal por miomatosis uterina en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, en el año 2016.

Específicos:

- Conocer el resultado de patología de las pacientes pos-operadas de histerectomía
- Conocer el porcentaje de resultados histopatológicos que coinciden con miomatosis uterina.
- Conocer los hallazgos histopatológicos extraordinario a miomatosis uterina.
- Conocer el tipo de mioma uterino que predomina.
- Identificar en que grupo de edad es más frecuente la presencia de miomatosis uterina.

II. MATERIAL Y METODOS

Para el desarrollo de nuestra investigación se realizó un estudio clínico, observacional, transversal, descriptivo, analítico, retrospectivo, correlacional.

El universo está conformado por todas las pacientes a las que se les realizo histerectomía total abdominal por miomatosis uterina en el hospital Dr. Enrique Cabrera de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México en el año 2016 considerando los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: Pacientes pos-operadas de histerectomía total abdominal por indicación de miomatosis uterina y que cuenten con reporte de ultrasonido y reporte de histopatología.

Criterios de exclusión: Pacientes que en su expediente no cuenten con reporte de ultrasonografía o reporte histopatología, expedientes que no se encuentren en archivo clínico.

No se identifican criterios de interrupción o de eliminación.

Variables

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Miomatosis uterina	Dependiente	Presencia de tumores benignos de musculo liso	Cualitativa y nominal	Presente o ausente
Tamaño uterino por ultrasonido	Dependiente	Tamaño uterino por ultrasonido	Cuantitativa ordinal	Centímetros
Tamaño uterino por histopatología	Dependiente	Tamaño uterino por patología	Cuantitativa ordinal	Centímetros
Tamaño de mioma	Dependiente	Tamaño reportado por servicio de patología	Cualitativa nominal	Menor de 20mm 20-59mm 60mm o más
Ubicación de miomas	Dependiente	Ubicación acorde a la anatomía del útero.	Cualitativa nominal	Subseroso Intramural Submucoso
Edad	De control	Años desde el nacimiento de la paciente hasta el estudio	Cuantitativa discontinua	Años

Aspectos éticos y de bioseguridad

No se considera por no incluir ninguna intervención hacia un paciente, sólo se trabajará con los expedientes clínicos y se utilizará la información obtenida en el reporte de ultrasonografía uterino y reporte histopatología. Conforme a la Ley General de Salud, es un estudio sin riesgo.

Aspectos logísticos

Recursos humanos: Investigador principal, asesor de la investigación, personal del área de archivo clínico y del área de Patología.

Recursos materiales

Pluma, lápiz, libreta, computadora, impresora.

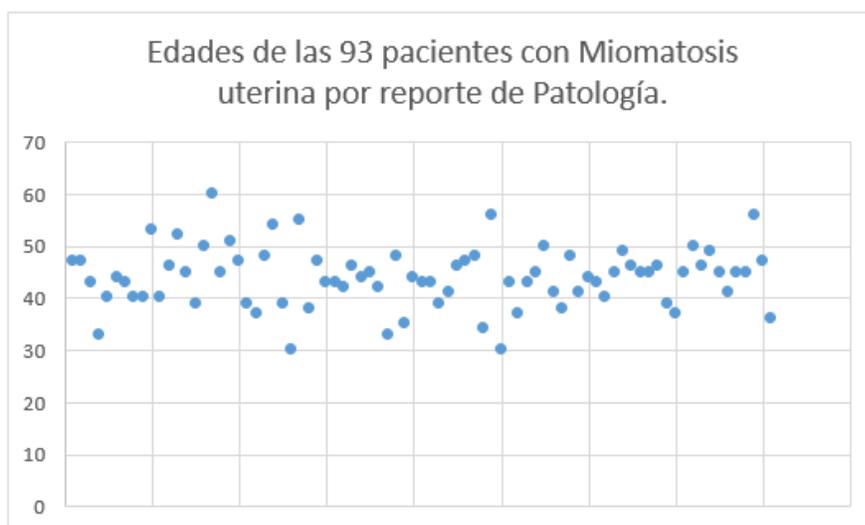
Recursos físicos: Área de archivo clínico del Hospital Dr. Enrique Cabrera.

Recurso financiero: no es necesario para llevar a cabo este trabajo.

III. RESULTADOS

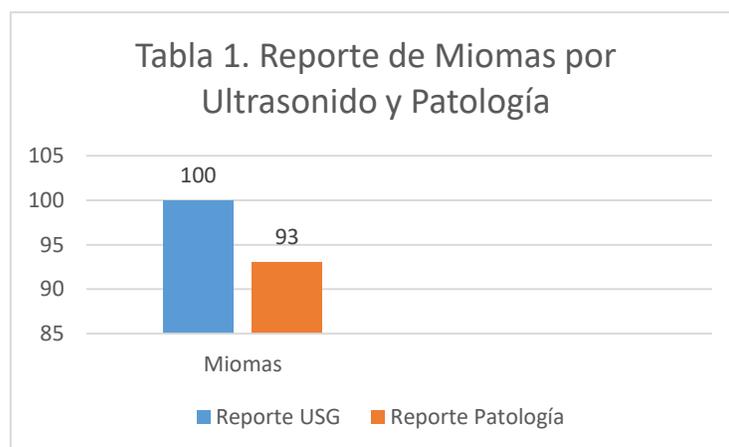
Se consultó en el área de Planeación del Hospital las pacientes con histerectomía total abdominal por miomatosis uterina durante el periodo de 01 de enero al 31 de diciembre de 2016 obteniendo el número de expediente y revisándolos en archivo clínico, encontrando un total de 106 expedientes de los cuales 6 no cumplieron criterios de inclusión para este estudio, por lo que se trabajó con 100 expedientes.

Empezado por la edad, la media de presentación de pacientes con miomatosis uterina e histerectomía total abdominal fue de 43 años con un mínimo de 30 años y un máximo de 60 años, mostrando una máxima frecuencia a los 45 años de edad.



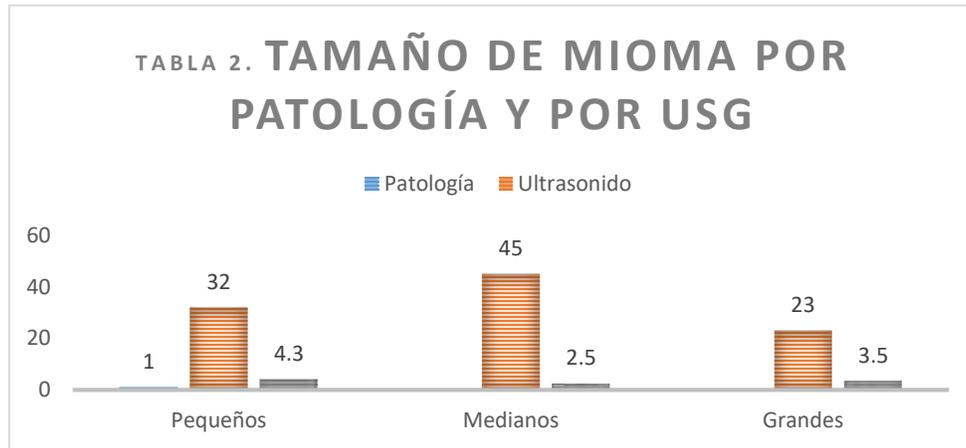
Al hacer el análisis de la información correspondiente a las dimensiones uterinas, se encontró fuerte correlación de las medidas uterinas por ultrasonido y por patología con las medidas de los ejes uterinos longitudinal, transverso y anteroposterior de 0.81, 0.86 y 0.94 utilizando la correlación de Pearson.

El diagnóstico de miomatosis uterina se descartó por estudio de Patología en un número de 7 pacientes correspondiente al 7%, de los cuales 2 se reportaron solo con cervicitis y adenomiosis y 5 con cáncer cervicouterino de diferente estirpe (Tabla 1).

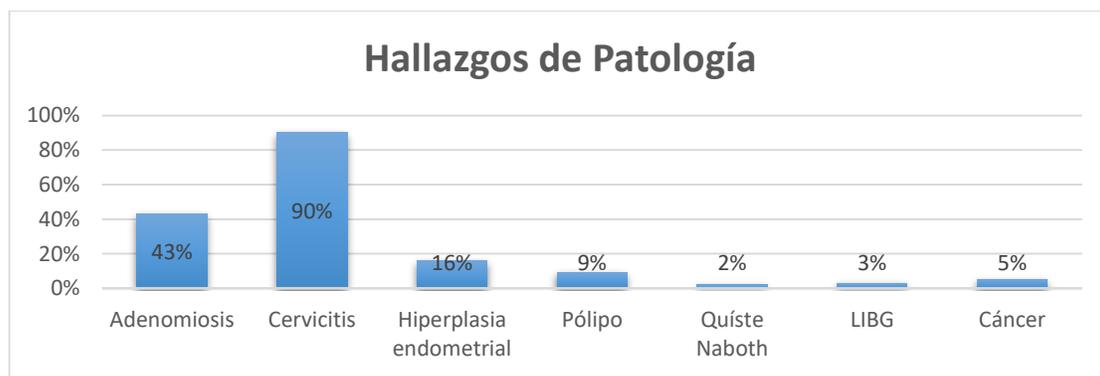


El tamaño del mioma que mayor predominio tuvo por ultrasonido fue de medianos elementos con 45%, seguido de pequeños elementos con 32% y grandes elementos con 23%. No se pudo analizar el resultado de patología ya que no se

contaba con el reporte de las dimensiones de los miomas en los estudios analizados (tabal 2).



Además de verificar la presencia de miomatosis uterina en el estudio de patología, se encontraron otros hallazgos como son, cervicitis en el 90%, adenomiosis en 43%, hiperplasia endometrial simple sin atípia en 16%, pólipo uterino y cervical en 9%, quiste de Naboth en 2%, lesión intraepitelial de bajo grado 3%. Se encontró cáncer en un 5% con los siguientes reportes: leiomiোসарcoma de bajo grado tumor de musculo liso de potencial maligno, neoplasia mesenquimal fusocelular, adenocarcinoma endocervical tipo endometriode, carcinoma epitelial cervical in situ en 2 pacientes.



IV. DISCUSIÓN

La histerectomía es el tratamiento radical para el sangrado uterino anormal condicionada por leiomiomatosis. El diagnóstico de miomatosis se realiza idealmente por medio de ultrasonografía, pero la mayoría de las veces pasan desapercibidos otros diagnósticos por la sensibilidad y especificidad de dicho estudio.

En el presente trabajo se analizaron 100 expedientes de pacientes pos-operadas de histerectomía total abdominal por miomatosis uterina y se encontró una media de edad de 43 años, lo que corresponde con lo reportado en la literatura de edad de presentación entre los 35 y 55 años de edad. Se encontraron casos fuera de este rango de edad.

Dentro de los estudios diagnóstico, el ultrasonido es la primera línea de diagnóstico para poder determinar un tratamiento médico o quirúrgico, habiendo dos vías por las cuales se puede realizar, el ultrasonido abdominal tiene sensibilidad de 60% y especificidad del 78%, y por vía endovaginal se acerca hasta 90-95%. En este estudio se analizó el ultrasonido abdominal de las pacientes previo a la cirugía y comparando las medidas de los diámetros longitudinal, transversal y anteroposterior del útero con los reportados por el estudio de patología se encontró por la correlación de Pearson una fuerte correlación positiva mayor 0.81, 0.86 y 0.94 para cada diámetro. El tamaño de mioma que predominó fue el de medianos elementos con 45% por diagnóstico

de ultrasonido, sin embargo, no se pudo confirmar por patología ya que no se contaba con las medidas totales en los reportes finales.

Los hallazgos extraordinarios a miomatosis uterina fueron en 90 % de las pacientes cervicitis, adenomiosis en 43%, hiperplasia endometrial simple sin atípicas en 16%, pólipo uterino y cervical en 9%, quiste de Naboth en 2%, lesión intraepitelial de bajo grado 3%. Los cuales por ultrasonido no están reportados.

Lo más relevante de los hallazgos extraordinarios a miomatosis por patología fue el encontrar cáncer en un 5% de las pacientes con los siguientes reportes: leiomioma de bajo grado tumor de músculo liso de potencial maligno, neoplasia mesenquimal fusocelular, adenocarcinoma endocervical tipo endometrioides, carcinoma epitelial cervical in situ en 2 pacientes, todos ellos con reporte de miomatosis por estudio de ultrasonografía sin encontrarse datos sugestivos de malignidad.

En el estudio de patología se descartó miomatosis en 7 pacientes de los cuales 5 fueron cáncer de diferentes estirpes, por lo que sería importante realizar estudio endovaginal para mejorar la sensibilidad del estudio y poder inferir si se trata de un tumor de características malignas.

Al determinar el tipo de tratamiento para miomatosis, es imperativo considerar diversos factores, entre ellos el tamaño uterino y el tamaño de los miomas, la respuesta clínica al tratamiento médico y considerar la edad de la paciente de la mano con la fertilidad, la calidad de vida de la paciente ya que muchas veces son

pacientes sintomáticas que constantemente requieren hospitalización por los múltiples sangrados y la morbilidad a la que están expuestas es considerable.

Existen diversos manejos médicos ya normados para el sangrado uterino anormal secundario a leiomiomatosis, empezando por el diagnóstico radiológico por medio de ultrasonografía haciendo hincapié en realizarlo por vía endovaginal, y como tratamiento conservador se puede utilizar fármacos, cirugía de mínima invasión, abordaje vascular, sin embargo, estos procedimientos se ven limitados por la falta de equipo y personal entrenado para realizarlo en esta unidad hospitalaria, y el costo beneficio que conlleva estas alternativas de tratamiento, convierten al tratamiento radical como lo es la histerectomía, al tratamiento de elección.

V. CONCLUSIONES

Con este estudio se demuestra que el primer estudio diagnóstico de sospecha de miomatosis uterina es el ultrasonido abdominal, siendo el de primera línea el ultrasonido endovaginal.

También se demuestra que la edad de presentación de leiomiomatosis se encuentra en los rangos de la literatura reportados de entre 35 a 55 años de edad.

Dentro de los hallazgos de este estudio, se encontró otras patologías benignas que pueden tratarse antes de la cirugía para evitar el riesgo de morbilidad posquirúrgica como es el caso de la cervicitis, que puede acompañarse con dehiscencia de herida quirúrgica, entre otras morbilidades.

Es de suma importancia revisar los resultados de patología de todas las pacientes que se someten a histerectomía, ya que como se pudo demostrar en este estudio, existen casos de cáncer aislados que deben tener un seguimiento por los servicios de Oncología.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Gante,I. Medeiros, Claudia. Hysterectomies in Portugal. What has Changed?.
Obstetrics and Gynecologist, 21, 25. 2016, septiembre 25 2016.
- 2.- Croce,S. Young, R. Uterine Leiomyomas With Bizarre Nuclei. Surg Pathol,
2014.
- 3.- Ly,A. Mills,A. Atypical Leiomyomas of the Uterus. Surg Pathol, 37, 5 2013.
- 4.- Kalogiannidis, I. Stavrakis, T. A clinicopathological study of atypical
leiomyomas: Benign variant leiomyoma or smooth muscle tumor of uncertain
malignant potential. Oncology Letters, 2015
- 5.- Llanes, A. Treviño, A. Histerectomia laparoscópica total versus histerectomia
convencional en pacientes trabajadoras de petróleos mexicanos. Medicina, Salud
y Sociedad, 2013.
- 6.- Mendoza, A. Pichardo, M. Histerectomía obstetrica en el hospital de la mujer.
Med Sur Mex, 18, 96-111. 2011.
7. Patino, L. Jimenez, M. Histerectomía obstétrica: caracterización
epidemiológica en un hospital de segundo nivel. Revista Salud Quintana Roo, 7,
10-14. 2014.
- 8.- Carpio, L. Garnique M. Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la
técnica simplificada y la técnica de Richardson. Per Ginecol Obstet, 55, 266-272.
2009

- 9.- Hollman J. Rodriguez J. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. Medigraphic, VI, 25-30. 2014
- 10.- Ramos R. Ramirez G. Indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. Investigacon maternoinfantil. 2010.
- 11.- Wright J. Herzog T. Nationwide Trends in the Performance of Inpatient Hysterectomy in the United States. Obstetrics and Gynecology, 122, 233-241. 2013.
12. Oliva E, Carcangiu ML, Carinelli S, et al. Mesenchymal tumours. Classification of Tumours of Female Reproductive Organs. Lyons: IARC Press; 2014.
13. Clement P, Young RH. Mesenchymal and mixed epithelialmesenchymal tumors of the uterine corpus and cervix. Atlas of Gynecologic Surgical Pathology, Third Edition. Philadelphia: Elsevier; 2014.
- 14.- Reyes C, Karamurzin Y, Frizzell N, et al. Uterine smooth muscle tumors with features suggesting fumarate hydratase aberration: detailed morphologic analysis and correlation with S-(2-succino)- cysteine immunohistochemistry. Mod Pathol. 2013.
- 15.- Nieboer T, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R et al, Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease, Cochrane Database Syst Rev, 2009.

16.- Solomon E, Muffly TM, Barber MD, Common postoperative pulmonary complications after hysterectomy for benign indications, Am J Obstet Gynecol, 2013.

ANEXOS

Cedula para correlación de datos:

Expediente: _____

Edad: _____ años

Tamaño uterino por ultrasonido con dimensiones:

Longitudinal: _____

Transverso: _____

Anteroposterior: _____

Tamaño de miomas por ultrasonido:

menor de 20mm _____

20mm a 59mm _____

mayor o igual a 60mm _____

Localización de miomas: 1. Submucoso 2. Subseroso 3. Intramural

Hallazgo ultrasonográfico:

Hallazgo de reporte histopatológico:
