

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

16889

LEIOMIOMATOSIS UTERINA.

REVISION DE 214 CASOS DE LA UNIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.A.

M E D I C O C I R U J A N O

DR. ALBERTO JOSE CASTILLO ALARCON

Para obtener el Título de "Especialista en Ginecología y  
Obstetricia".



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.

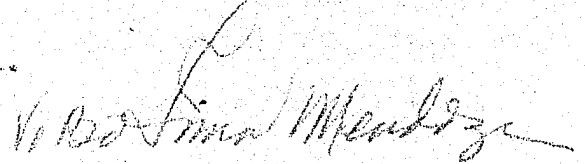
T E S I S

U. N. A. M.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S.A.

CURSO DE ESPECIALIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA.

PROFESOR: DRA. IRMA MENDOZA ARISTEGUI.



PROF. AYUDANTE: DR. GABRIEL MUÑOZ FERREIRA.

ALUMNO: DR. ALBERTO JOSE CASTILLO ALARCON.

## ESTUDIO ESTADISTICO

### LEIOMIOMATOSIS UTERINA REVISION DE 214 CASOS UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S.A.

SE ENTIENDE POR LEIOMIOMA UTERINO A LA TUMORACIÓN BENIGNA, PERSISTENTE DE TEJIDO NEOFORMADO, CONSTITUIDO POR MÚSCULO LISO ALQUE POSTERIORMENTE SE AGREGA EL COMPONENTE FIBROMATOSO, CARENTE DE FUNCIÓN FISIOLÓGICA Y QUE TIENDE A CRECER SIN DAR METÁSTASIS PERO QUE EN ALGUNAS OCASIONES PUEDE MALIGNIZARSE. (1%) (12, 14, 15, 16).

SE PUEDEN CLASIFICAR SEGÚN SU CONSTITUCIÓN EN: A) FIBROLEIOMIOMA SI EXISTE TEJIDO MUSCULAR Y FIBROSO EN PROPORCIÓN MÁS O MENOS SEMEJANTE, B) MIOMA, CUANDO EL TEJIDO CONJUNTIVO ES ESCASO Y SÓLO TIENE FUNCIÓN DE SOSTÉN, EN CAMBIO PREDOMINA LA FIBRA MUSCULAR LISA. C) FIBROMA, CUANDO ES EL TEJIDO FIBROSO EL QUE PREDOMINA. (2, 4, 5, 11, 12, 13).

EL LEIOMIOMA CONTINÚA SIENDO EL TUMOR UTERINO BENIGNO MÁS FRECUENTE Y CONSTITUYE EL 9.6% DE LA CONSULTA GINECOLÓGICA, ENCONTRÁNDOSE CON MAYOR FRECUENCIA ENTRE LOS 35 Y 50 AÑOS EXISTIENDO REPORTES EN LA LITERATURA QUE EL CRECIMIENTO DE UN LEIOMIOMA DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA PUEDE SER EL INDICIO DE UNA MALIGNACIÓN SECUNDARIA. (2, 5, 14, 15, 16).

EN CUANTO AL NÚMERO PUEDEN SER ÚNICOS O MÚLTIPLES SIENDO ÉSTOS-

LOS MÁS FRECUENTES. EL TAMAÑO PUEDE SER MICROSCÓPICO O ALCANZAR PROPORCIONES GIGANTESCAS, EXISTIENDO CASOS EN QUE SE ENCUENTRA LA TUMORACIÓN ENCLAVADA EN LA PÉLVIS LO CUAL REPRESENTA DIFICULTADES TÉCNICAS IMPORTANTES EN EL MOMENTO QUIRÚGICO. (4, 6, 9).



FIG. 1 MIOMATÓISIS MÚLTIPLE.

ETIOPATOGENIA. VIRCHOW PENSÓ QUE LA CAUSA DE PROLIFERACIÓN ERA DE ORIGEN INFECCIOSO. DURANTE MUCHO TIEMPO SE HA MENCIONADO EL PAPEL IMPORTANTE DE LA ANOVULACIÓN, COMO CAUSA DIRECTAMENTE RELACIONADA CON LA PRESENCIA DE FIBROLEIOMIOMAS, ASÍ COMO UNA ACCIÓN ESTROGÉNICA PERSISTENTE. OTROS AUTORES, REFIEREN QUE PUEDEN FORMARSE A EXPENSAS DE ELEMENTOS EMBRIONARIOS ESPARCIDOS EN EL MIOMETRIO: GENITOBLASTOS DE DE SNOO, MIOBLASTOS DE ASCHOFF, CÉLULAS INDIFERENCIADAS DE SEITZ, FIBROBLASTOS DE KEIFFER, ETC. EL ESTÍMULO DE REPRODUCCIÓN DE ÉSTAS CÉLULAS O FACTOR DE REALIZACIÓN DE ROUX ES MUY PROBABLE QUE SEA LA ACCIÓN ESTROGÉNICA PERSISTENTE CON AUSENCIA DE PROGESTERONA O CUERPO LÚTEO O MEJOR DICHO POR EL Desequilibrio de estrógenos progesterona. INVESTIGANDO SOBRE EL ESTROGENISMO PERSISTENTE ISCOVESO EN 1910, NELSON Y CAUCHOIX EN 1936, MORICARD, SIMARD, LIPSCHUTZ EN 1937 Y OTROS, LOGRAN CON LA INYECCIÓN REPETIDA DE BENZOATO DE ESTRADIOL LA APARICIÓN DE FIBROLEIOMIAS EN LA COBAYA, DE LOCALIZACIÓN ABDOMINOPÉLVICA, SOBRE TODO EN EL MESENTERIO Y PERITONEO. BINES, INSISTE EN LA LOCALIZACIÓN PERIVASCULAR DE TEJIDO FIBROSO; MOSINGER ESTUDIA LA IMPORTANCIA DE LA SOBRECARGA DE LA VITAMINA C EN LA HISTOGÉNESIS. DESDE ENTONCES SE DEDUCE COMO APLICACIÓN PRÁCTICA LA CONTRAINDICACIÓN DE LA ESTROGENOTERAPIA EN PACIENTES CON FIBROLEIOMIOMA UTERINO.

ENTRE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS PARECE SER QUE LA HERENCIA TIENE Poca influencia, BOTELLA MENCIONA FACTORES GENÉTICOS PARA EXPLICAR LA APARICIÓN DE FIBROLEIOMIOMAS EN PACIENTES CON DISTURBIOS

HORMONALES.

LAS RELACIONES SEXUALES INSATISFECHAS ES OTRO DE LOS FACTORES -  
ETIOLÓGICOS QUE MERECE SER COMENTADO Y ES QUE LA MUJER CON FIBRO  
LEIOMIOMAS ES UNA MUJER DE VIDA SEXUAL INSATISFECHA. ESTE ASPEC  
TO NOSOTROS NO LO INVESTIGAMOS. (4, 5, 10, 11, 12, 13).

PUEDEN LOCALIZARSE EN EL CUELLO, ISTMO O EN EL CUERPO UTERINO -  
SIENDO ÉSTA ÚLTIMA LOCALIZACIÓN LA MÁS FRECUENTE. SE CLASIFICAN  
EN SUBMUCOSOS QUE OCUPAN EL 6.6% Y SE SITUAN POR DEBAJO DEL EN-  
DOMETRIO, OCACIONANDO CON MAYOR FRECUENCIA SANGRADOS UTERINOS -  
DE GRAN IMPORTANCIA EN LA SINTOMATOLOGÍA. EN ÉSTOS FRECUENTE--  
MENTE SE IMPLANTA LA DEGENERACIÓN SARCOMATOSA.

(11, 12, 13, 14, 15, 16)



FIG. 2

MIOMA SUBSEROSO  
PEDICULADO.

LOS INTRANURALES OCUPAN EL 42.4% Y SE ENCUENTRAN SITUADOS EN EL-  
ESPESOR DEL MIOMATERIO.

LOS SUBSEROSOS OCUPAN EL 5.6% DE FRECUENCIA Y PUEDEN SER CÉSILES  
O PEDICULADOS Y QUE EN OCASIONES SE COMPLICAN POR TORSIÓN DE SU-  
PEDÍCULO, OCACIONANDO EN ÉSTA FORMA IZQUEMIA Y NECROSIS QUE SE -  
MANIFESTARÁ CLÍNICAMENTE POR UN VIENTRE AGUDO. ES FRECUENTE EN-  
CONTRAR ASOCIACIONES DE LAS DIFERENTES VARIEDADES DESCRITAS EN UNA  
PACIENTE. (1, 2, 3, 9, 11, 12, 13).



FIG. 3 MIOMA SUBMUCOSO ESFACELADO



EXISTE UNA VARIEDAD LOCALIZADA ENTRE LOS REPLIEGUES DEL LIGAMENTO ANCHO, CONOCIDOS COMO MIOMAS INTRALIGAMENTARIOS Y QUE POR COMPRESIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS, PRINCIPALMENTE LOS URETEROS, TAMBIÉN OCASIONAN DIFICULTAD EN EL ACTO QUIRÚGICO Y FRECUENTEMENTE MANIFIESTAN SINTOMATOLOGÍA COMPRESIVA. (4, 5, 11, 13).

LOS TUMORES PUEDEN SUFRIR CAMBIOS LLAMADOS TAMBIÉN DEGENERACIONES, ÉSTAS PUEDEN SER: HIALINA, SÍSTICA, CALCIFICACIÓN, INFECCIÓN, NECROBIOSIS MIXOIDE, SARCOMATOSIS ANILLOIDEA Y CUANDO SE ASOCIA EMBARAZO PUEDE SER MOTIVO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SIN IMPORTAR LA EDAD GESTACIONAL. TODAS ÉSTAS DEGENERACIONES PUEDEN COEXISTIR Y SE DEBEN PRINCIPALMENTE A LA INSUFICIENTE VASCULARIZACIÓN LOCAL. (3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 17).

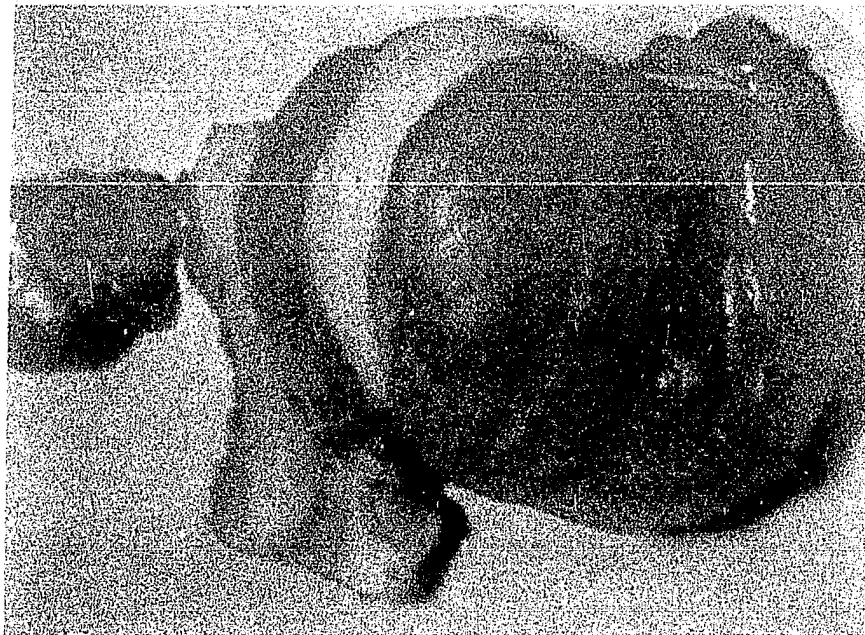


FIG. 4.- DEGENERACIÓN ROJA FRECUENTE EN EMBARAZO.

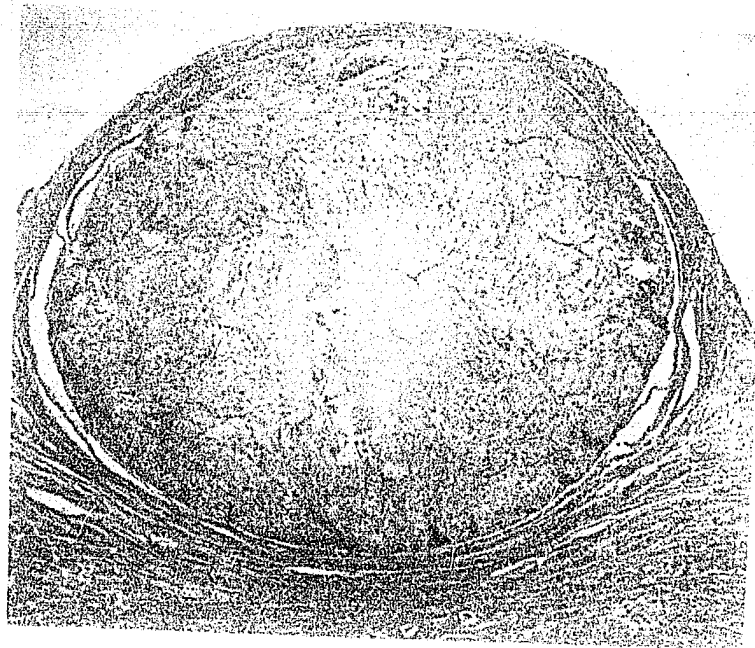


FIG. 5.- LEIOMYOSARCOMA.

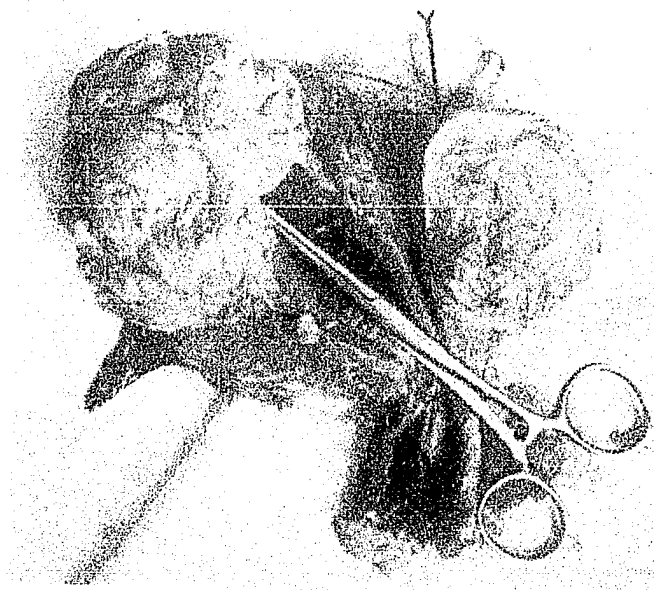


FIG. 6.- LEIOMYOSARCOMA.

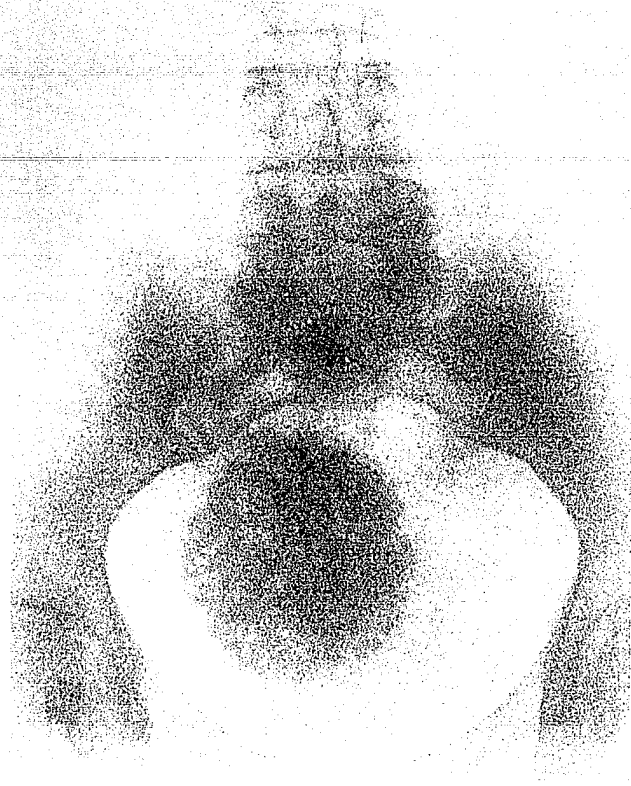


Fig. 1. - Heart-shaped fossil, possibly a porphyroblast, showing characteristic texture.

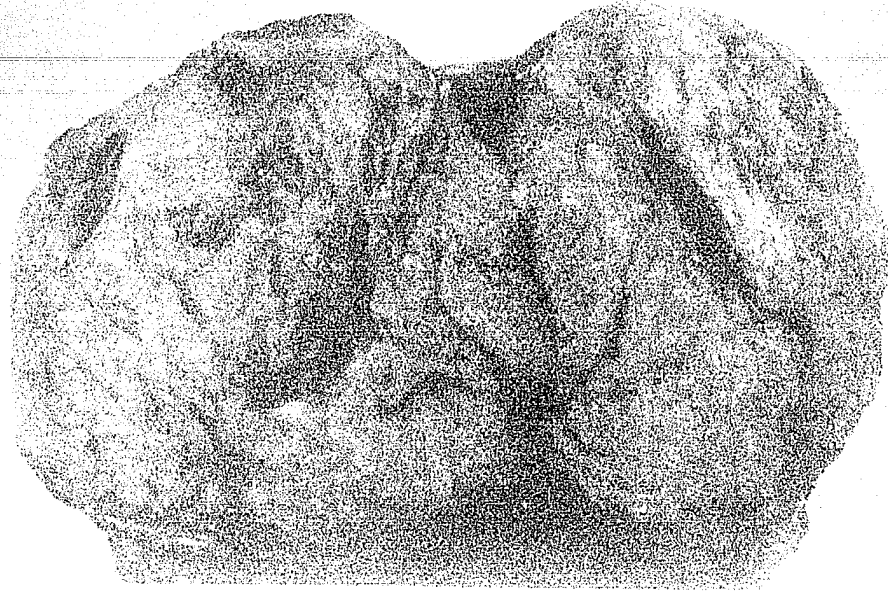


FIG. 10.- AMPLIA DEGENERACIÓN CON CAMBIOS QUÍSTICOS TEMPRANOS.

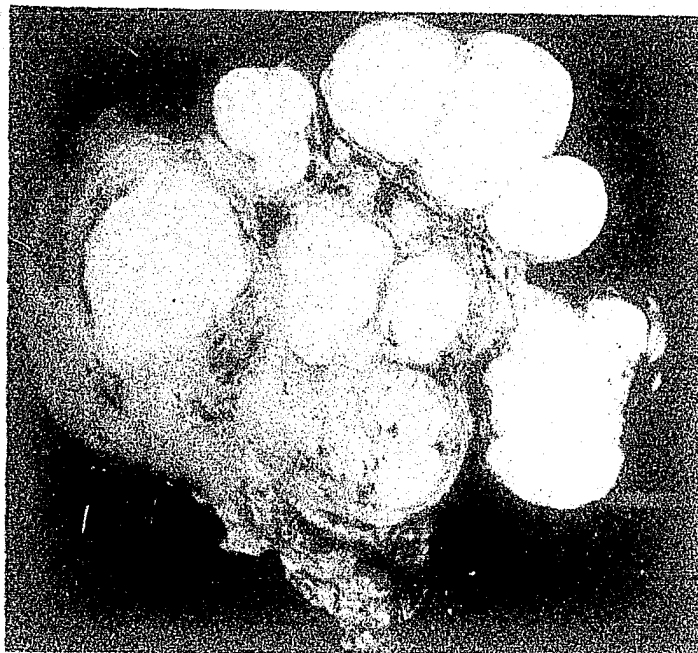


FIG. 11.- MIOMATOSIS INTRAMURAL  
DEGENERACIÓN AMILOIDEA.

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE EFECTÚA UNA REVISIÓN DE LAS PACIENTES INGRESADAS AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA (UNIDAD 503) DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE LA S.S.A., CON EL DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA, DEL 1 DE ENERO DE 1973 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1975 CON UN TOTAL DE 1272 INGRESOS CON DIAGNÓSTICO GINECOLÓGICO, DE LOS CUALES 214 CASOS CORRESPONDIERON A MIOMATOSIS UTERINA Y A LOS QUE SE LES EFECTUÓ HISTERECTOMÍA ABDOMINAL CON EL DIAGNÓSTICO -

ANTES MENCIONADO; SE EXCLUYERON DEL ESTUDIO LOS CASOS DE MIOMA-  
PEDICULADO RESUELTOS POR MIOMECTOMÍA, ASÍ COMO LOS PÓLIPOS ENDO-  
METRIALES QUE SE SOLUCIONARON POR TORSIÓN DE SU PEDÍCULO POR VIA  
VAGINAL Y LOS QUE POR SU PEQUEÑO TAMAÑO EN PACIENTES NULIGESTAS-  
NO FUERON OPERADOS.

EN NUESTRO MEDIO LA PACIENTE MÁS JOVEN FUE DE 25 AÑOS Y LA DE -  
MAYOR EDAD DE 62, ALCANZANDO LOS MAYORES PORCENTAJES A PARTIR -  
DE LOS 41 AÑOS, SEGÚN SE MUESTRA EN EL CUADRO NÚM. 1.

CUADRO NUM. 1

GRUPOS POR EDAD.-

<u>EDAD</u>	<u>NÚM. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
25 A 30 AÑOS .....	14 .....	7
31 A 35 " .....	13 .....	6
36 A 40 " .....	47 .....	22
41 A 45 " .....	60 .....	28
46 A MÁS " .....	80 .....	37
TOTAL .....	214 .....	100

SE VALORARON LOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS ENCONTRANDO MAYOR FRE-  
CUENCIA ENTRE LAS MULTIGESTAS QUE OCUPARON EL 66% (141 CASOS) -  
DE ACUERDO AL CUADRO NÚM. 2.

CUADRO NUM. 2

FERTILIDAD Y MIOMATOSIS UTERINA.-

<u>GESTA</u>		<u>PARA</u>		<u>ABORTOS</u>	
0-I	26 = 12%	36	= 17%	36	= 17%
II-VI	94 = 44%	100	= 47%	53	= 25%
VII-MÁS	47 = 22%	26	= 12%	2	= 1%
<u>ESTÉRILES</u>		<u>INFÉRTILES</u>		<u>NÚBILES</u>	
	29 = 14%	19	= 9%	14	= 7%

EL DIAGNÓSTICO SE EFECTUÓ BÁSICAMENTE POR ANAMNESIS Y LA PALPACIÓN BIMANUAL DEL CRECIMIENTO UTERINO O DE SUS TUMORACIONES, LOS CUALES SE CORROBORARON POR OTROS EXÁMENES ULTRASONOGRÁFICOS, RADIOLÓGICOS Y DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

AL INTERROGATORIO: LA SINTOMATOLOGÍA PREDOMINANTE FUE, TRASTORNOS MENSTRUALES, METRORRAGIA, DOLOR Y SÍNTOMAS COMPRESIVOS A ESTRUCTURAS VECINAS DE ACUERDO CON EL CUADRO NÚM. 3.

CUADRO NUM. 3

SINTOMATOLOGIA Y SIGNOLOGIA.-

TRASTORNOS MENSTRUALES	.....	174	.....	79.8 %
METRORRAGIA	.....	39	.....	18.3%
SÍNTOMAS COMPRESIVOS	.....	21	.....	9.7 %
DOLOR	.....	18	.....	8.4 %
CRECIMIENTO UTERINO	.....	164	.....	76.0 %

LOS TRASTORNOS MENSTRUALES MENCIONADOS EN EL CUADRO ANTERIOR ---  
FUERON DEL TIPO DE LA POLI-HIPER-PROIOMENORREA EN SU MAYOR PARTE  
TAL COMO SE VE EN EL CUADRO. NÚM. 4.

CUADRO NUM. 4

TRASTORNOS MENSTRUALES.-

HIPERMENORREA	.....	12 CASOS	.....	5.6 %
PROIOMENORREA	.....	3 "	.....	1.4 %
POLIHIPERMENORREA	.....	32 "	.....	14.9 %
PROIOPOLIHIPERMENORREA	.....	15 "	.....	7. %
DISMENORREA	.....	107 "	.....	50 %
AMENORREA	.....	4 "	.....	2.2 %

SE ENGLÓBÓ DENTRO DE LA METRORRAGIA A TODOS AQUELLOS CASOS QUE-  
PRESENTARON SANGRADO CONTÍNUO POR MÁS DE 15 DÍAS.

LOS SÍNTOMAS COMPRESIVOS REPORTADOS FUERON PREFERENTEMENTE URI-  
NARIOS PRINCIPALMENTE POLIURIA Y DIGESTIVOS: CONSTIPACIÓN.

CUADRO NUM. 5

SÍNTOMAS COMPRESIVOS.-

URINARIOS	.....	48 CASOS	.....	22 %
DIGESTIVOS	.....	37 "	.....	17.6%



EN LA MAYORÍA DE LAS PACIENTES SE REFIRIÓ EL SÍNTOMA DOLOR COMO DE EVOLUCIÓN CRÓNICA, DE TIPO ESPASMÓDICO, INTERMITENTE, DIFUSO EN EL HEMIABDOMEN INFERIOR CON IRRADIACIONES HACIA LA REGIÓN --- DORSO LUMBAR, QUE REMITÍA CON EL REPOSO Y EN UN CASO SE REFIRIÓ COMO AGUDO DE TIPO PASANTEZ Y CON IRRADIACIÓN A CARA INTERNA DE AMBOS MUSLOS.

EL CRECIMIENTO UTERINO FUE UN HALLAZGO REPORTADO EN LA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA.

SE EFECTUÓ TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA LA ANEMIA AGUDA, REALIZANDO TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN 32 CASOS EN CANTIDAD QUE VARIÓ --- DE 500 A 1000 C.C. Y EL RESTANTE DE LOS CASOS SE MANEJÓ CON SOLUCIONES INTRAVENOSAS Y HIERRO PARENTERAL EN SU ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA PRÉ-OPERATORIA; LAS PACIENTES TRANSFUNDIDAS FUERON EN UNA GRAN MAYORÍA A SU INGRESO POR EL SERVICIO DE TOCO-QUIRÚRGICA.

EL ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO BIDIMENSIONAL, FUE PRACTICADO A --- AQUELLAS PACIENTES EN DONDE CLÍNICAMENTE EXISTÍA LA POSIBILIDAD DE ALTERACIÓN UTERINA, UTILIZANDO COMO ÚNICA PREPARACIÓN LA VESÍGULA LLENA.

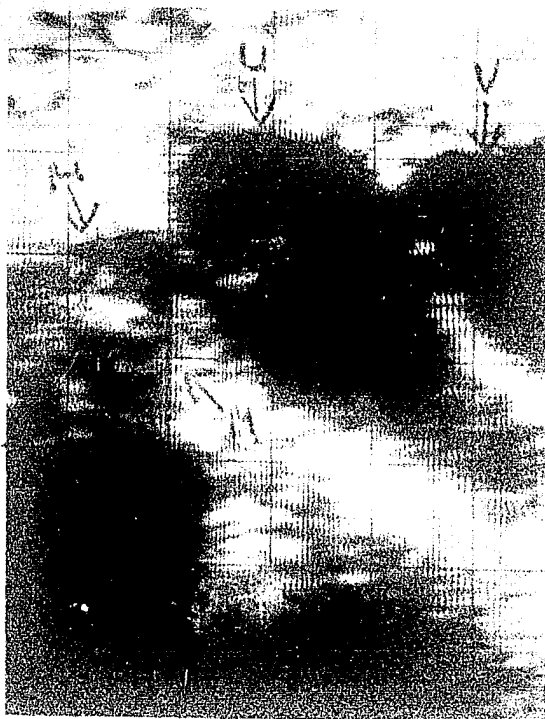


FIG. 12 CORTE LONGITUDINAL SOBRE LÍNEA MEDIA ENCONTRANDO A LA DERECHA VEJIGA Y HACIA LA PARTE MEDIAL EL UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO (10CM) Y EN LA CARA POSTERIOR DEL FONDO UN MIOMA PEQUEÑO. V= VEJIGA; U= UTERO; M= MIOMA.

LA INFORMACIÓN ULTRASONOGRÁFICA OBTENIDA REPORTÓ: AUMENTO DEL VOLÚMEN UTERINO, ALTERACIONES EN SU CONTORNO, EXISTENCIA DE ZONAS UTERINAS DE MAYOR DENSIDAD DENTRO DEL UTERO, Y POR ÚLTIMO LA RESENCIA DE ALGUNA TUMORACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SÓLIDAS - DEPENDIENTE DEL UTERO QUE PUDIERA TRATARSE DE UN MIOMA PEDICULADO.

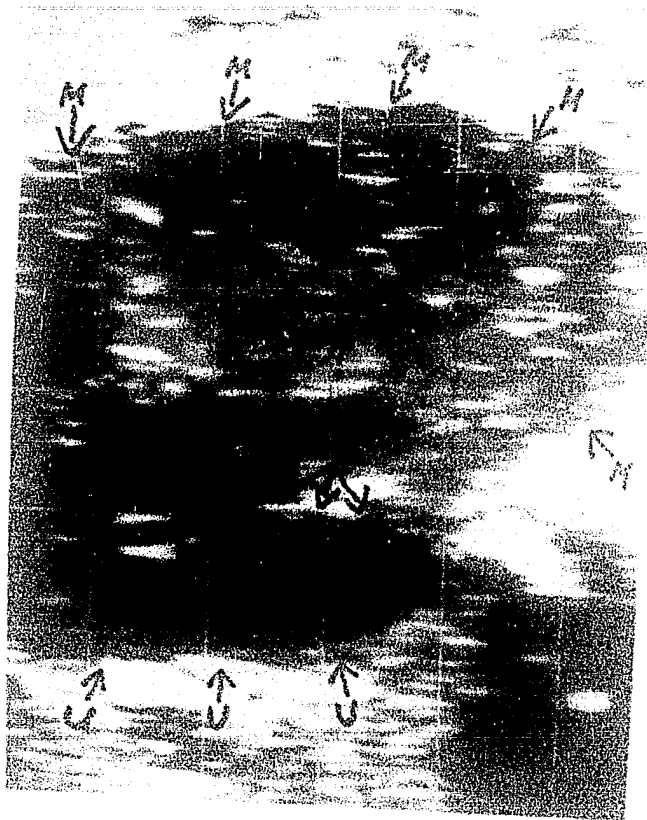
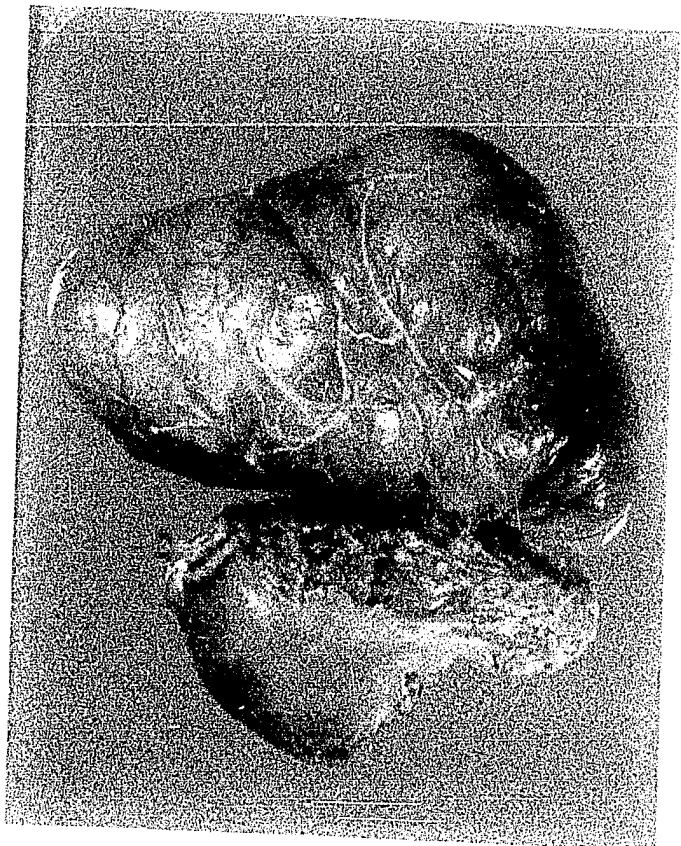


FIG. 13.- CORTE LONGI-  
TUDINAL SOBRE LINEA MEDIA  
A LA IZQUIERDA. REGIÓN PO-  
DÁLICA DE LA PACIENTE, DE  
DRECHA PORCIÓN CEFÁLICA.  
PRESENTA GRAN ZONA TUMORAL  
QUE DESPLAZA HACIA ABAJO-  
LA CAVIDAD UTERINA (AUMEN-  
TADA DE TAMAÑO DE COLOR  
NEGRO EN LA PARTE INFERIOR  
DE LA FOTO).

M= MIOMA

U= UTERO

FIG. 14.- PIEZA ANATOMO-  
PATOLÓGICA, QUE MUESTRA EL  
GRAN MIOMA ISTMICO SEÑALADO  
EN LA FIG. 13.



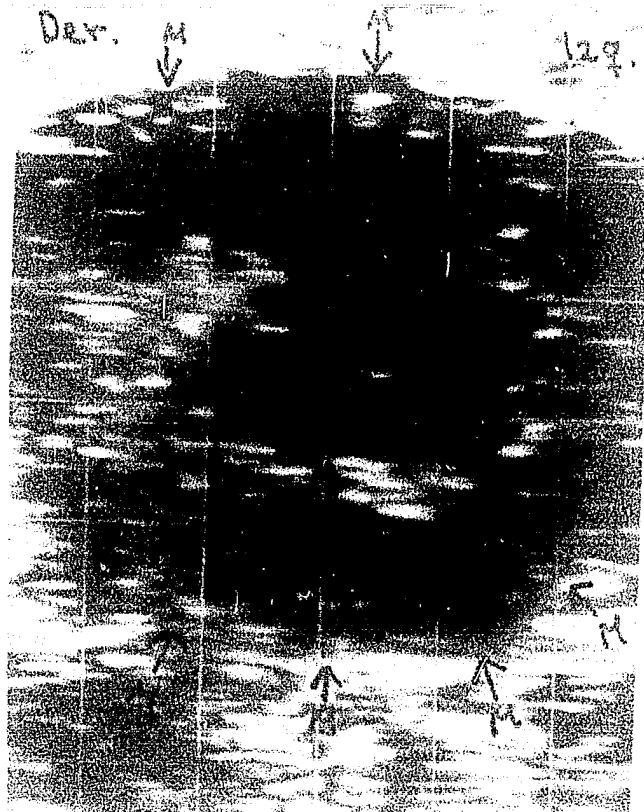


FIG. 15.- CORTE -  
TRANSVERSAL A 4 CM-  
POR DEBAJO DE LA CI-  
CATRIZ UMBILICAL QUE  
SEÑALA EL GRAN CON-  
TORNIO DEL MIOMA. SE  
SEÑALA EN LA FOTO -  
LA DERECHA E IZQUIER-  
DA DE LA PACIENTE.

FIG. 16.- CORTE DE LA  
PIEZA QUE MUESTRA EL --  
GRAN MIOMA ISTMICO PEDI-  
CULADO.



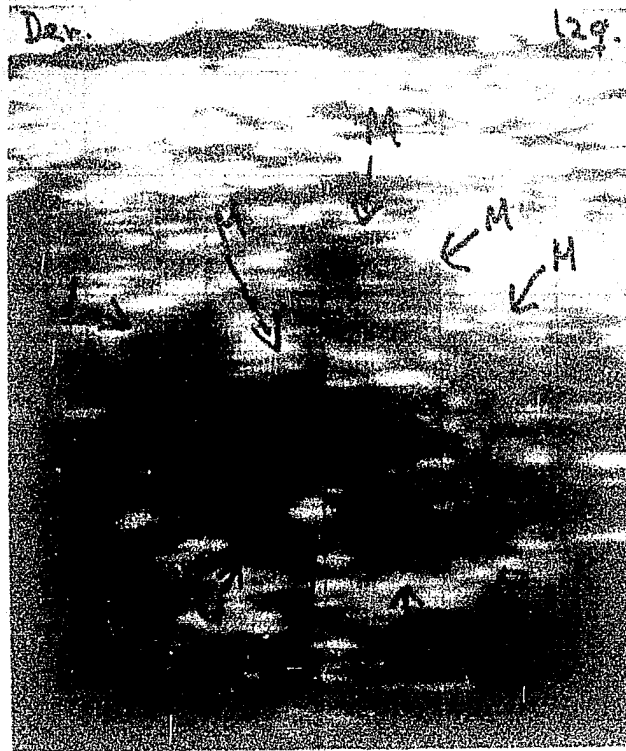


FIG. 17.- CORTE TRANSVERSAL 5 CM ARRIBA DEL PUBIS SE OBSERVA LA CAVIDAD UTERINA (COLOR NEGRO) Y EL SITIO DONDE SE DESPRENDE EL MIOMA ISTMICO.

EL PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO NOS FUE DETERMINANTE EN MUCHAS PACIENTES CUYA SINTOMATOLOGÍA PODRÍA HABERSE CONFUNDIDO CON MIOMATOSIS UTERINA Y QUE EL ULTRASONIDO DEMOSTRÓ SU DISTINTA EXTIRPE (EMBARAZO, ABORTO, QUISTES Y TUMORACIONES OVÁRICAS).



Fig. 1. (a) Whole seed, (b) seed cut in half.



Fig. 2. (a) Seed cut in half, (b) seed cut in half.

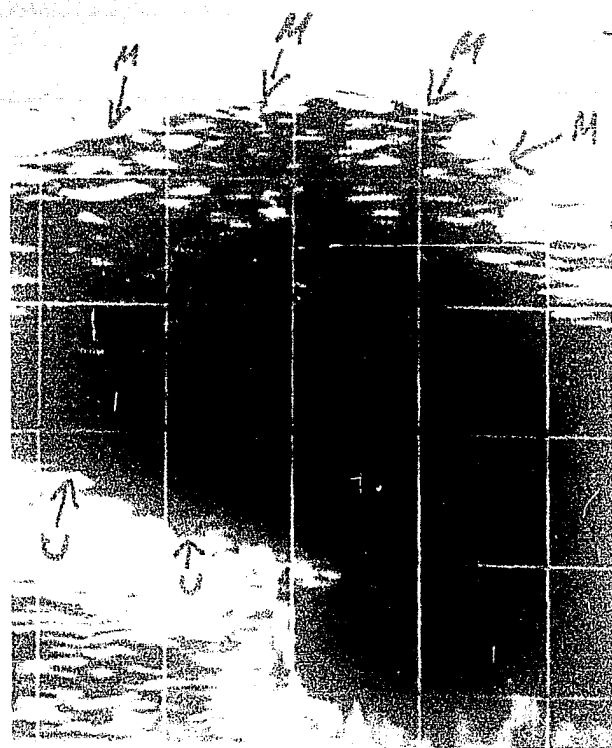


FIG. 20.- CORTE LONGITUDINAL SOBRE LA LÍNEA MEDIA, HACIA LA DERECHA VEJIGA, HACIA LA IZQUIERDA UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO Y EL PUNTILLO ECOREFRIGENTE NOS SEÑALA EL MIOMA SUBMUCOSO DE LAS FIGS. 18 Y 19.

U= UTERO

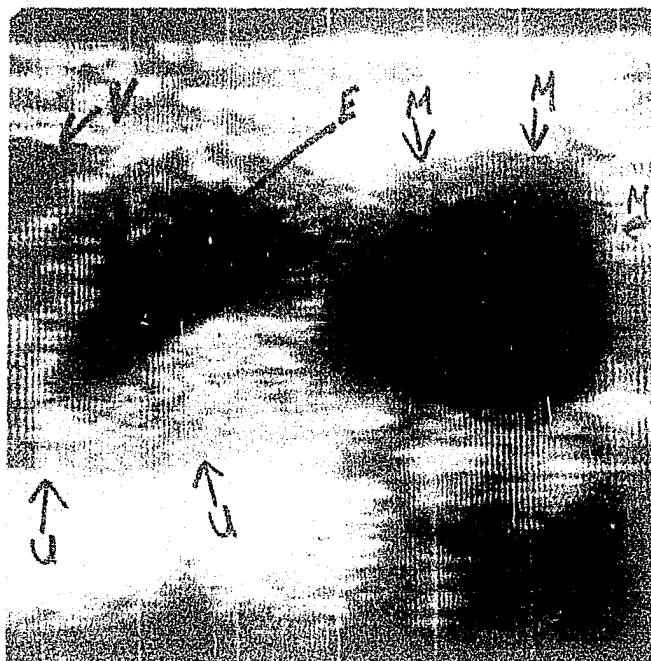
M= MIOMA

FIG. 21.- CORTE LONGITUDINAL SOBRE LINEA MEDIA, VEJIGA A LA IZQUIERDA, SE OBSERVA EMBARAZO DE 8 SEMANAS (ZONA NEGRA), EN EL FONDO UTERINO UN MIOMA DE 6CM DE DIÁMETRO (LADO DERECHO DE LA FOTO).

V= VEJIGA

E= EMBARAZO

M= MIOMA



SE PRACTICÓ ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO EN 185 PACIENTES, DE LAS--  
CUALES EN EL 97% SE CONFIRMÓ EL DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL, EL 3%  
RESTANTE CORRESPONDÍO A PATOLOGÍA PÉLVICA DIVERSA, EN LA CUAL --  
ÉSTE PROCEDIMIENTO ORIENTÓ AL DIAGNÓSTICO.

LOS PARÁMETROS DE CALIFICACIÓN ULTRASONOGRÁFICOS FUERON LOS --  
SIGUIENTES: ÚTERO ALTERADO EN SU CONTORNO, FORMA O VOLÚMEN, --  
DATO REPORTADO EN TODAS LAS PACIENTES ESTUDIADAS. SE ENCOMTRA--  
RON ASÍ MISMO AUMENTO DE LA ECOMREFRIGENCIA (DENSIDAD TISULAR)  
EN 70% DE LOS CASOS, LO CUAL NOS CORROBORÓ EL AUMENTO DE CONSIS  
TENCIA OBTENIDO POR LAS MANIOBRAS DE EXPLORACIÓN, DATO TAMBIÉN--  
REPORTADO POR EL ULTRASONIDO. EN EL 30% RESTANTE SE ENCONTRÓ --  
ALTERACIÓN EN LA FORMA Y/O CONTORNO UTERINO.

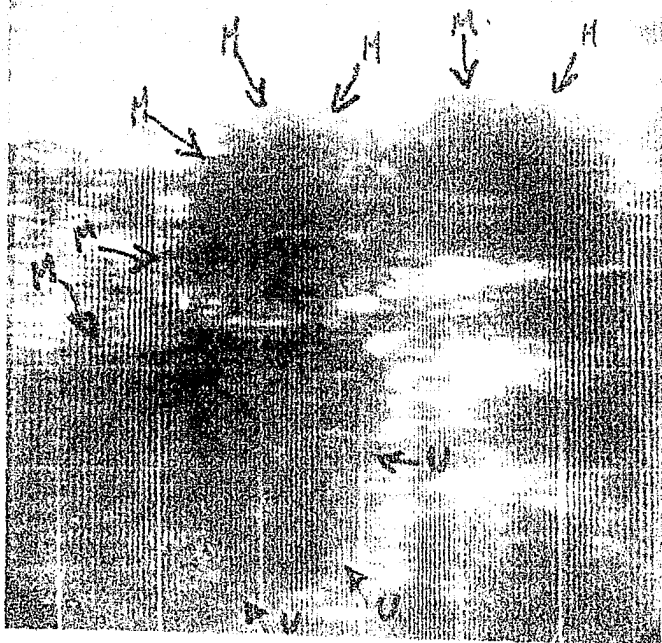




FIG. 22.- PIEZA QUE NUESTRA LEIOMATOSIS MÚLTIPLE.

SIENDO POSIBLE EN DOS CASOS EL CORRECTO DIAGNÓSTICO DE LEIOMIOMATOSIS CON DEGENERACIÓN HIALINA PRE-OPERATORIO, CONFIRMADO HISTOPATOLÓGICAMENTE.

FIG. 23.- ULTRASONIDO EFECTUADO EN QUE SE PUEDEN RELACIONAR LOS CONTORNOS A LA FIGURA 22



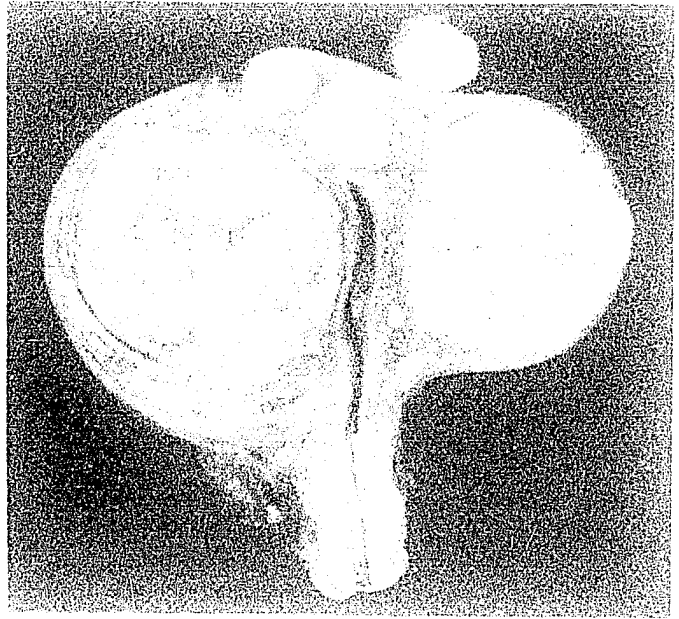


FIG. 25.- Trácese y decoración de la pieza "IN VIVO" (CORTE TRANSVERSAL)



FIG. 26.- Trácese ultradiferenciada de la pieza "IN VIVO", CORTE TRANSVERSAL, DECORACIÓN DE LA PIEL COMO SEÑALADO Y SU TOTAL RELACIÓN AL DENTADO DE LA MARGEN.

LOS ESTUDIOS RADIOLÓGICOS DE HISTEROSALPINGOGRAFÍA FUERON EFECTUADOS EN 178 CASOS (83%) EN LAS QUE SE ENCONTRARON ALTERACIONES FRANCAS COMO MODIFICACIONES DE LA FORMA Y CONTORNOS DE LA CAVIDAD UTERINA EN 135 CASOS (63%), LOS QUE SE RELACIONARON CON LA HISTEROMETRÍA, COINCIDIENDO CON EL AUMENTO DE LA CAVIDAD EN EL 50% DE DICHSO CASOS, CON AUSENCIA DE IMÁGEN TUBARIA BILATERAL O UNILATERAL EN 128 (60%).



FIG. 27.- HISTEROSALPINGOGRAFÍA. MUESTRA DEFECTO DE LLENADO DE CAVIDAD Y UN MIOMA INTRACAVITARIO.

LA BIOPSIA DE ENDOMETRIO PROOPERATORIA SE REALIZÓ EN 198 CASOS COMO SE VE EN EL CUADRO NÚM. 6.

CUADRO NUM. 6

BIOPSIA ENDOMETRIAL.-

TIPO DE ENDOMETRIO:

PROLIFERATIVO.-	A) TEMPRANO	.....	5 CASOS	.....	2.3%
	B) INTERMEDIO	.....	21 "	.....	9.8%
	C) TARDÍO	.....	29 "	.....	13.6%
	TOTAL	.....	55 CASOS	.....	25.2%
SECRETOR.-	A) TEMPRANO	.....	13 CASOS	.....	6.1%
	B) INTERMEDIO	.....	23 "	.....	10.8%
	C) TARDÍO	.....	15 "	.....	7. %
	TOTAL	.....	51 CASOS	.....	23.8%
PREMENOPÁUSICO.-	TOTAL	.....	1 CASO	.....	0.5%
MENOPÁUSICO.-	TOTAL	.....	4 CASOS	.....	1.9%
POST-MENOPÁUSICO.-	TOTAL	.....	13 CASOS	.....	6.1%
ATRÓFICO.-	TOTAL	.....	10 CASOS	.....	4.7%
ENDOMETRITIS CRÓNICA	TOTAL	.....	4 CASOS	.....	1.9%

EL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO DE MIOMATÓISIS UTERINA SE EFECTUÓ EN 214 CASOS SIENDO DE ÉSTOS 198 CASOS CON PATOLOGÍA UTERINA --FRANCA, EL RESTO TENÍA DIFERENTE PATOLOGÍA ASOCIADA. EL TRATA--MIENTO QUIRÚRGICO FUE POR VÍA ABDOMINAL EN TODOS LOS CASOS, ---EFECTUÁNDOSE HISTERECTOMÍA TOTAL CON SALPINGO-OFORECTOMÍA BILA--TERAL EN 140 CASOS, (75%), HISTERECTOMÍA TOTAL EN 74 CASOS (35%) EN LAS CUALES LA TÉCNICA REPORTADA FUE SUBFACIAL EN 166 CASOS, (77%) NO TENIENDO EVIDENCIA DE LA TÉCNICA EMPLEADA EN LAS OTRAS PACIENTES.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ANESTESIA EMPLEADA, LA MÁS FRE--CUENTE FUE EL BLOQUEO SUBARACNEOIDEO Y LA MENOS EMPLEADA FUE LA NEUROLEPTOANESTESIA Y LA ANESTESIA GENERAL CON FLUOTHANE Y OXIDO NITROSO SEGÚN SE MUESTRA EN EL CUADRO NÚM. 7.

CUADRO NUM. 7

TIPO DE ANESTESIA.--

BLOQUEO SUBARACNEOIDEO	.....	154 CASOS	.....	72 %
GENERAL HALOTÁNE MÁS O <sub>2</sub>	.....	24 "	.....	11 %
BLOQUEO PERIDURAL MÁS ALOTÁNE	.....	19 "	.....	9 %
BLOQUEO PERIDURAL	.....	9 "	.....	4 %
GENERAL FLUOTHANE MÁS N <sub>2</sub> O	.....	3 "	.....	1.5%
NEUROLEPTOANESTESIA	.....	3 "	.....	1.5%

LOS ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS CORROBORARON LA PRESENCIA DE ---  
LEIOMIOMATÓISIS UTERINA EN 196 CASOS, EXISTIENDO TAMBIÉN OTROS ---  
DIAGNÓSTICOS AGREGADOS LOS CUALES SE RESUMEN EN EL CUADRO NÚM.8.

CUADRO NUM. 8

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO.--

LEIOMIOMATOSIS UTERINA	.....	196 CASOS	.....	91.7 %
ENDOCERVICITIS AGUDA Y CRÓNICA	.....	158 "	.....	74 %
CON METAPLASIA EPIDERMOIDE	.....	56 "	.....	26 %
ADENOMIOSIS	.....	44 "	.....	20 %
SALPINGITIS AGUDA Y CRÓNICA	.....	34 "	.....	16 %
PÓLIPOS ENDOMETRIALES	.....	16 "	.....	7.5 %
PÓLIPOS ENDOCERVICALES	.....	6 "	.....	2.8 %
HIPERPLASIA ADENOMATOSA	.....	7 "	.....	3.3 %
HIPERPLASIA QUÍSTICA	.....	6 "	.....	2.8 %
LEIOMIOSARCOMA	.....	1 "	.....	0.5 %

LOS REPORTES ANATOMOPATOLÓGICOS DE LAS PIEZAS CON OFORECTOMÍA ---  
SEÑALARON LA PRESENCIA DE QUISTES OVÁRICOS DIVERSOS SEGÚN SE ---  
MUESTRA EN EL CUADRO NÚM. 9.

CUADRO NUM. 9

QUISTES OVÁRICOS ASOCIADOS.--

QUISTES SEROSOS	.....	21 CASOS	.....	9.8 %
QUISTES FOLICULARES	.....	35 CASOS	.....	16.4 %
QUISTES TECALUTEÍNICOS	.....	6 CASOS	.....	2.8 %

### DISCUSION Y COMENTARIO.

SE ANALIZA LA PATOLOGÍA UTERINA MÁS FRECUENTE QUE EN NUESTRO HOSPITAL ES UNO DE LOS MOTIVOS MÁS IMPORTANTES DEL INGRESO DE LA PACIENTE GINECOLÓGICA. EN CONTRAPOSICIÓN A LAS ESTADÍSTICAS DE OTROS AUTORES QUE SEÑALAN MAYOR FRECUENCIA ENTRE LOS 36 Y 45 AÑOS, EN NUESTRO HOSPITAL LA PACIENTE MÁS JOVEN FUE DE 25 AÑOS Y LA DE MAYOR EDAD DE 72 AÑOS. LA MAYOR FRECUENCIA FUE DE 46 A 55 AÑOS O MÁS OCACIONANDO PROBABLEMENTE POR LA FALTA DE EDUCACIÓN MÉDICA EN EL TIPO DE NUESTRAS PACIENTES, QUE PERMITE MAYOR TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE SU PATOLOGÍA, ASOCIADO A TRATAMIENTOS EMPIRÍCOS PREVIOS QUE RETARDAN EL MOTIVO DE SU CONSULTA POR AÑOS.

ES DE LLAMAR LA ATENCIÓN QUE EN NUESTRAS PACIENTES SE REPORTÓ ENDOMETRIO FUNCIONAL COMO RESPUESTA A FRANCA ACTIVIDAD HORMONAL QUE PUDIERA APOYAR LA ETIOLOGÍA DE LA MIOMATOSIS, YA QUE SE MENCIONA EL PAPEL DE LOS ESTRÓGENOS EN LA PRODUCCIÓN DE LOS MIOMAS. LA DUDA SURGE AL VER QUE NO EN TODAS LAS MUJERES CON INFLUENCIA HORMONAL SE PRECIPITA LA PATOLOGÍA QUE NOS OCUPA. (4,5,8,11,12, 13).

EL DIAGNÓSTICO DE NUESTRAS PACIENTES NO SE EFECTUÓ CON LA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA BAJO ANESTESIA GENERAL COMO MÉTODO RUTINARIO EXPLORATORIO COMO LO RECOMIENDA NOVAK, NI TAMPOCO SE EFECTUÓ UROGRAFÍA EXCRETORA COMO UN MÉTODO RUTINARIO DE DIAGNÓSTICO, PERO DE ACUERDO A REYES CEJA SE PUEDE ENCONTRAR EVIDENCIA DE OBSTRUCCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL 74% DE LOS CASOS. ESTE ESTUDIO CONSIDERAMOS QUE PUEDE TENER EXTRAORDINARIO VALOR SOBRETODOS EN AQUELLOS MIOMAS QUE POR SU SITUACIÓN COMPROMETEN LA CIRUGÍA Y OCASIONAN SINTOMATOLOGÍA COMPRESIVA. (4, 5, 11,).

POR NUESTRA PARTE EL DIAGNÓSTICO DE NUESTRAS PACIENTES SE BASÓ PRINCIPALMENTE EN EL INTERROGATORIO Y LA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA, REFORZADO POR OTROS EXÁMENES COMO LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA Y PRINCIPALMENTE EL ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO, QUE EN NUESTRO MEDIO REPORTÓ 97% DE CERTEZA DIAGNÓSTICA. ESTE MODERNO PROCEDIMIENTO PRESENTA VENTAJAS QUE NO OFRECEN OTRAS TÉCNICAS Y MÉTODOS. ASÍ MISMO LLAMA LA ATENCIÓN EL MAYOR ÍNDICE DE SEGURIDAD DIAGNÓSTICA QUE OFRECE EL ULTRASONIDO (97%) VS HISTEROSALPINGOGRAFÍA QUE REPORTÓ (63%) CON ALTERACIONES.

CONSIDERAMOS QUE LOS ELEVADOS COSTOS Y RIEZGOS QUE PROPONEN OTROS AUTORES QUEDAN NULIFICADOS CON EL ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO, YA QUE ÉSTE SE EFECTÚA EN NUESTRO HOSPITAL CON TODA RAPIDÉZ, SIN RIESGO Y A BAJO COSTO. ESTE ESTUDIO PERMITE UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS ENTIDADES NOSOLÓGICAS PÉLVICAS, QUE



VAN DESDE LA DETECCIÓN DE UN EMBARAZO NORMAL O GEMELAR HASTA LA EXISTENCIA DE AMENAZA DE ABORTO, ABORTO INCOMPLETO, OBITO, EMBARAZO ECTÓPICO, EMBARAZO MOLAR Y TUMORACIONES ANEXIALES: ABSCESO TUBARIO Y EMBARAZO TUBARIO, ASI COMO OVARICOS, QUÍSTICOS O SÓLIDOS, SIENDO FACTIBLE AÚN DEMOSTRAR LA EXTIRPE MACROSCOPICA DE LA TUMORACIÓN COMO PUEDE SER UN TERATOMA DE OVARIO O UN CISTOADENOMA OVÁRICO. (18, 19, 20, 21).

SE PONE EN RELIEVE LA GRAN UTILIDAD DE ESTE PROCEDIMIENTO QUE NO SÓLO DESCARTA O AFIRMA UN DIAGNÓSTICO, SINO PUEDE ORIENTAR HACIA PATOLOGÍA SOLA O AGREGADA A LA POSIBILIDAD DIAGNÓSTICA PRESUNCIONAL.

EN NUESTRO ESTUDIO 214 PACIENTES FUERON OPERADAS CON EL DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA. SE CORROBORÓ DICHA ENTIDAD PATOLÓGICA EN 196 CASOS, EL RESTO FUE INTERVENIDO ENCONTRÁNDO PATOLOGÍA NO MIOMATOSA OCACIONADA POR LA PRESENCIA DE TUMORACIÓN OVÁRICA QUE CONFUNDIÓ EL DIAGNÓSTICO, PRINCIPALMENTE EN LAS PACIENTES NÚBILES, EN QUIENES LA EXPLORACIÓN NO PERMITIÓ LA CERTEZA DEL DIAGNÓSTICO PERO QUE POR SU EDAD, PATOLÓGICA Y SINTOMATOLÓGICA SE INDICO LA HISTERECTOMÍA.

LA DISMENORREA SE PRESENTÓ EN EL 50% (107 CASOS) Y ÉSTA SE REFIRIÓ EN FORMA MUY RELATIVA, PUESTO QUE ALGUNAS PACIENTES REFIRIERON NO PRESENTAR MODIFICACIÓN DEL SÍNTOMA EN EL PERÍODO --

MENSTRUAL O FUERA DE ÉL.

LA AMENORREA QUE REPORTAMOS EN 2.2% CORRESPONDIÓ A PACIENTES --  
CON EDAD AVANZADA CUYO ENDOMETRIO FUE ATRÓFICO.

EL LEIOMIOSARCOMA LO ENCONTRAMOS DE ACUERDO A LAS ESTADÍSTICAS--  
REPORTADAS SOLAMENTE EN EL 0.5% DE ACUERDO CON LO PUBLICADO POR  
OTROS AUTORES. (4, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 16).

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- REYES CEJA L. : MIOMATÓISIS UTERINA. CORRELACIÓN - CLÍNICA, RADIOLÓGICA Y ANATOMOPATOLÓGICA. ANÁLISIS DE 510 CASOS. (GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO) VOL. 25. AÑO XXIV. NÚM. 512. JUNIO 1969.
- 2.- ALVARADO DURÁN A.: MIOMATÓISIS UTERINA, BOLETÍN -- MÉDICO DEL I.M.S.S. 111; 227, 1961.
- 3.- BRAVO SANDOVAL J. Y TORRES ESTRADA R.: MIOMATÓISIS- Y EMBARAZO. GINEC. OBST. MÉXICO. 10. 301. 1955.
- 4.- NAVA SÁNCHEZ R. Y GÓNGORA LÓPEZ P.: ASPECTOS ETIO- PATOGÉNICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS DEL FIBROMA UTERI- NO. (GINEC. OBSTET. MÉXICO) VOL. 38. AÑO XXX. NÚM. - 225. JULIO 1975.
- 5.- ALVAREZ BRAVO A., DOSAL DE LA VEGA M. Y VÁZQUEZ E.: EVALUACIÓN ETIOPATOGÉNICA DE LOS SÍNTOMAS QUE ACOM- PAÑAN A LA FIBROMIOMATÓISIS UTERINA. GINEC. OBSTET. MÉXICO, 15 - 25. 1960.

- 6.- GUERRERO C.D.: TERAPÉUTICA MÉDICA Y QUIRÚRGICA DEL MIOMA UTERINO. GINEC. OBSTET. MÉXICO. 1. 117 - 1946.
- 7.- AGUILAR GUERRERO J.A. Y MEQUED TOPETE M.: LEIOMIOMA UTERINO EN LA MUJER EMBARAZADA (ESTUDIO MONOGRÁFICO DE 40 CASOS) GINEC. OBST. MÉXICO. 19. 239-1964.
- 8.- NAVA SÁNCHEZ: EL FIBROLEIOMIOMA Y EL ESTADO GRÁVIDO PUERPEBRAL. GINEC. OBST. MÉXICO. VOL. 31 AÑO XXVII NÚM. 185. MARZO 1972.
- 9.- GONZÁLEZ J.T.: CONSIDERACIONES ACERCA DEL TRATAMIENTO DEL FIBROMIOMA UTERINO. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO. VOL. XV. SEPT. OCT. 1969.
- 10.- GONZÁLEZ GUTIÉRREZ J.T. COMUNICACIÓN ACERCA DE LA RELACIÓN ENTRE "HIPOTIROIDISMO LÍMITE Y FIBROMATOSIS UTERINA". GINEC. OBST. MÉXICO. VOL. 26. AÑO XXIV. - NÚM. 158 - DIC. 1969.
- 11.- NOVAK R. E.: TRATADO DE GINECOLOGÍA. MIOMA UTERINO- 362 - 375 - 8A. EDICIÓN INTERAMERICANA.

- 12.- BOTELLA LLUSIA J.: TRATADOS DE GINECOLOGÍA. TOMO III  
PÁG. 453. ED. CIENTÍFICO MÉDICA, MADRID, 1967.
  
- 13.- DEXEUS FONT. S. Y COLS.: TRATADO DE GINECOLOGÍA. IA.  
ED. PÁG. 832. SALVAT EDITORES, S.A. BARCELONA 1970.
  
- 14.- PHILIPPE ET D. BORREL E.: LEIOMYOMES PSEUDOSARCOMA-  
TEUX DE L'UTÉRUS MYOMES Á CELLULES FUSIFORMES, MYOMES-  
PLEXIFORMES ET MYOMES AVEC ANOMALIES NUCLÉAIRES. J.-  
GYN. OBST. BIOL. REPR., 1975, 4, 657 - 670.
  
- 15.- HONORÉ H.L.: HISTOGENETIC IMPLICATIONS. PAGE 891 -  
COMMUNICATIONS IN BRIEF. VOL. 127 - NUMBER 8.
  
- 16.- CLARK D.H., WEED C.J.: METASTASIZING LEIOMYOMA: A -  
CASE REPORT. PAGE 672. COMMUNICATIONS IN BRIEF.
  
- 17.- WEISS G. SHENKER L. GORSTEIN F. SUPPURATING MYOMA.-  
NEW YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE- ABRIL 1976. PAGES.  
572 - 573.

- 18.- R. O. MENDT Y M. HINSELMANN.: ULTRASONOSCOPIC DITTE  
RENTIOL DIAGNOSIS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. PAGES  
118. NEW YORK 1975.
- 19.- THOMPSON HORACE E.: ULTRASONIC DIAGNOSTIC PROCEDURES  
IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. PAG. 160. CLIN. ULTRAe-  
SOUND. VOL. 1. NÚM. 2 - JUNE 1973.
- 20.- GOTTESFELD KENNETH R.: ULTRASOUND IN OBSTETRICS AND  
GYNECOLOGY PAG. 305. SEMINARS IN ROENTGENOLOGY. VOL.  
X. NÚM. 4 - OCTOBER 1975.
- 21.- COCHRANE, WILLIAM J.: ULTRASOUND DIAGNOSIS OF GYNECO-  
LOGIC. PELVIC MASEES. REV. RADIOLOGY 110 : 649 -654 .-  
MARCH 1974.