

11217
13 2da



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

División de Estudios de Postgrado
Hospital de Gineco Obstetricia No. 3
Centro Médico La Raza I. M. S. S.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "RMS".

"CORRELACION ECOGRAFICA, HISTEROGRAFICA
Y LAPAROSCOPICA DE ALGUNAS
MALFORMACIONES UTERINAS"

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO
DE ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DRA. IRMA AMPUDIA ANAYA



México.

TESIS CON
DIPLOMA DE ORO

Feb. 1988.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

1. **Introducción**
2. **Objetivo**
3. **Planteamiento del problema**
4. **Hipótesis**
5. **Material y Método**
6. **Resultados**
7. **Conclusiones**
8. **Bibliografía**

I N T R O D U C C I O N

Una de las alteraciones por las que las mujeres en edad fértil acuden al médico, es por amenorrea; ya sea primario ó secundaria y que es una de las causas de esterilidad o infertilidad. (1).

Las anomalías uterinas han sido reportadas con una incidencia de 0.1 % al 12 % de la población (3), dichas malformaciones reportan una frecuencia del 35 - al 45 % de aborto espontáneo en utero bicorne y didelfo; 67 a 88 % con utero septado y 33 a 48 % en pacientes con utero unicorne (3)

Es sabido que las anomalías mullerianas particularmente las malformaciones uterinas están asociadas con esterilidad y/o alteraciones obstétricas tales como aborto, prematuréz, retardo en el crecimiento intrauterino, etc. (14, 7)

En una serie de 46 pacientes, quienes presentaron amenorrea, amenaza de parto pretérmino ó presentación fetal anormal, se efectuó el diagnóstico de malformación uterina por exploración histerográfica realizada-

deliberadamente 6 a 8 semanas después del parto (2) .

Los autores (2) encontraron una incidencia de - anomalías del tracto reproductivo de 0.25 % de todos los partos.

Las malformaciones más comunes son variantes del - utero doble (2) . Algunos métodos diagnósticos para - estas malformaciones son: La histerosalpingografía ó - la exploración quirúrgica, la histeroscopia fué el primer método utilizado, pero con los avances tecnológicos disminuyó su uso para realizarse la histerosalpingografía en alteraciones uterinas (6) .

Con la HSG el diagnóstico es más específico, pero - una limitante es que sólo estudia la cavidad y no la - superficie externa (5) .

Posteriormente con el uso de la Laparoscopia se - mostró que la mayoría de los uteros bicornes por HSG son septados (5) .

Sin embargo en épocas más recientes el Ultrasonido ha sido utilizado para el diagnóstico antenatal y para-

la evaluación del embarazo asociado con alguna anomalía. En la paciente no embarazada el ultrasonido ha sido utilizado para la exploración exhaustiva del aparato genital. (3)

O B J E T I V O

Demostrar que por Ultrasonido se pueden diagnosticar -
las mismas malformaciones uterinas que por Histerosal -
pingografía y/o laparoscopia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro medio hospitalario un gran número de -
pacientes son tratadas en el servicio de Biología de -
la Reproducción por esterilidad y/o infertilidad, para
llegar a la etiología y valorar la posibilidad de emba
razo.

La HSG nos proporciona un gran porcentaje de diag
nóstico de malformaciones uterinas, sin embargo este -
procedimiento es invasor, lo que condiciona riesgo, -
dolor y gastos; por lo que deseamos saber si la ecogra
fía puede emplearse como método diagnóstico en estos -
casos, ya que ofrece ventajas sobre la HSG, ya que es
un método no invasivo y no doloroso.

H I P O T E S I S

H_0 : Algunas anomalías uterinas detectadas por histero-
salpingografía no pueden detectarse por ultrasoni-
do.

H_1 : Algunas anomalías uterinas pueden detectarse por-
ultrasonido en la misma proporción que por histe-
rosalpingografía.

MATERIAL Y METODO

Se evaluaron estudios de Ultrasonido efectuados - de diciembre de 1985 a diciembre de 1987, dichos estudios fueron realizados con un equipo de ultrasonido de tiempo real Toshiba Sonolayer V modelo SSL 5 3M y transductor de 2.8 Megahertz.

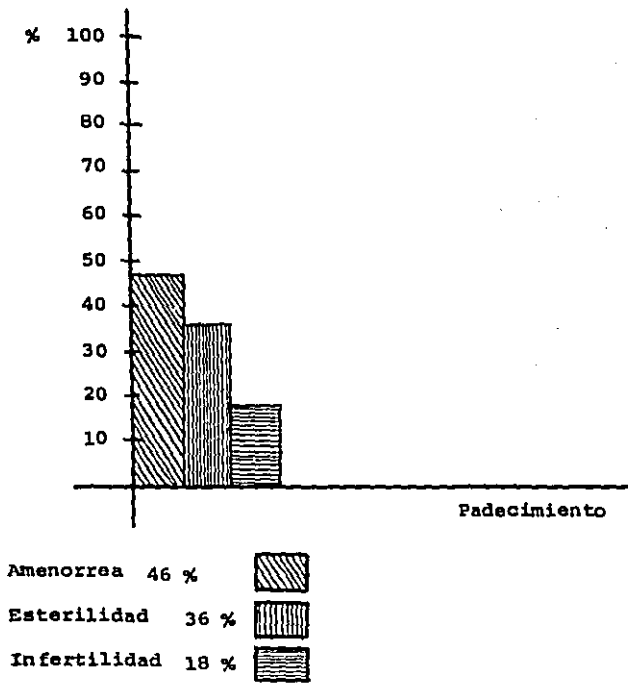
Dichos estudios se efectuaron en pacientes que - son vistas en la consulta externa por esterilidad ó infertilidad a las cuales se les diagnosticó por dicho - método alteraciones congénitas del tracto genital; investigándose posteriormente en los expedientes si dicho diagnóstico se corroboró por HSG y/o laparoscopia.

La HSG fué realizada con un equipo Siemens modelo Siregraph de 500 miliamperes, con circuito cerrado - de televisión e intensificador de imágenes y cargador - automático de placas (puck).

Se hizo una clasificación de frecuencia de malformaciones.

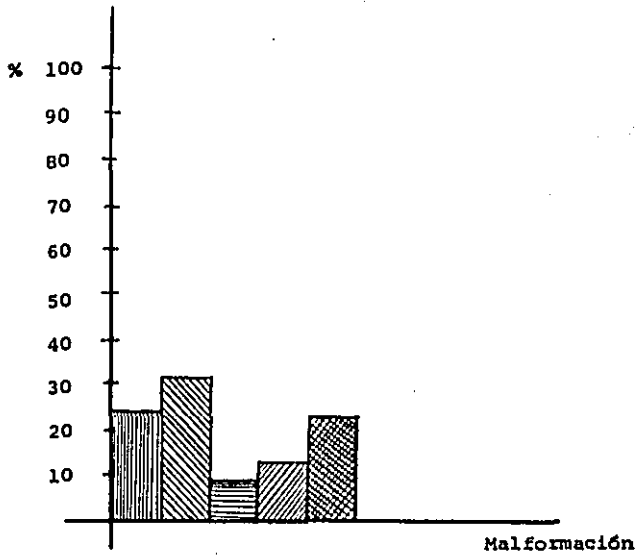
R E S U L T A D O S

La edad de las pacientes en promedio fué de 29 años.

Causas más frecuentes de estudio de las pacientes

(Gráfica No. 1)

Frecuencia de malformaciones



Hipoplasia uterina



23 %

S. Rockitansky



32 %

Utero Didalfo



9 %

Utero bicorne



13 %

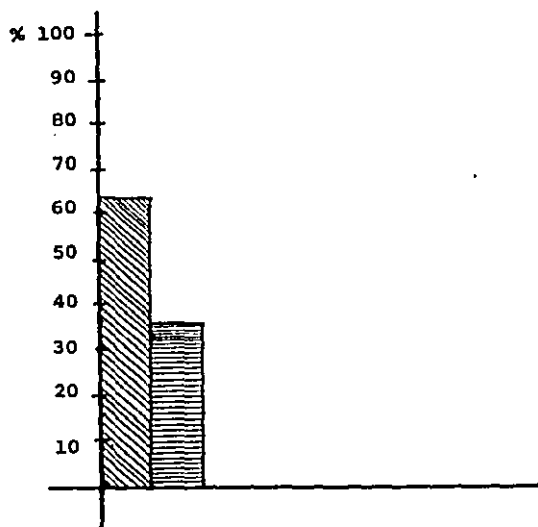
Utero arcuato



23 %

(Gráfica No. II)

Correlación comparativa entre diagnóstico clínico y -
ecográfico



Positivo

64 %



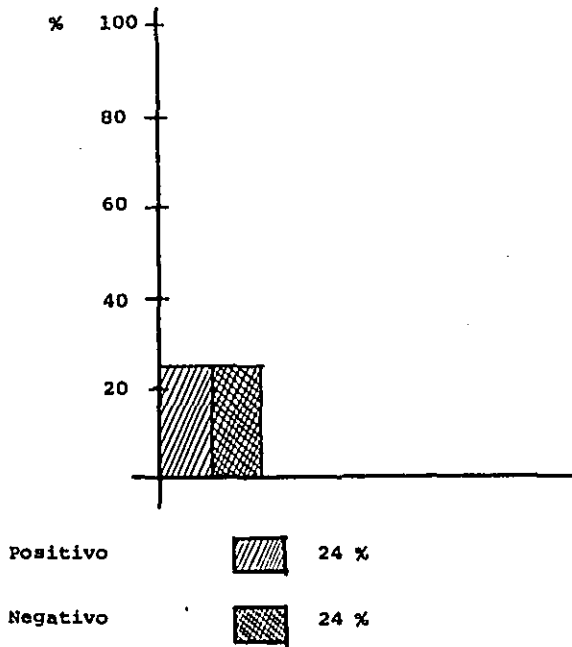
Negativo

36 %



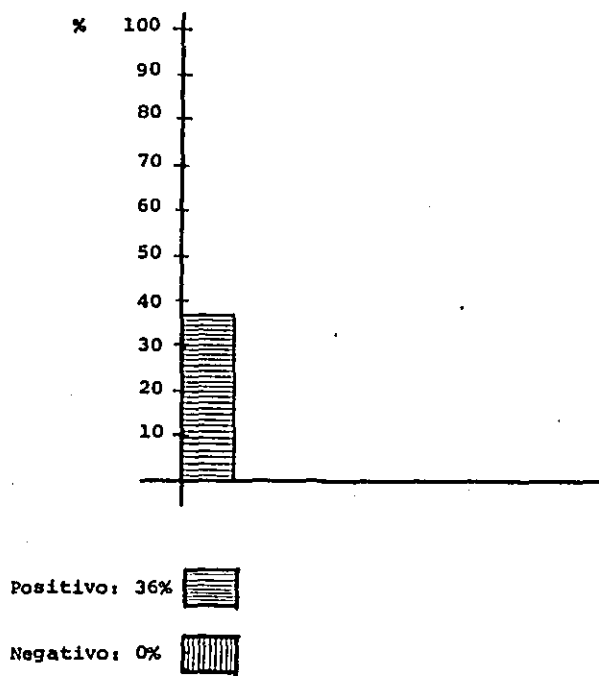
(Gráfica No. III)

Correlación comparativa entre diagnóstico ecográfico e
histerográfico.



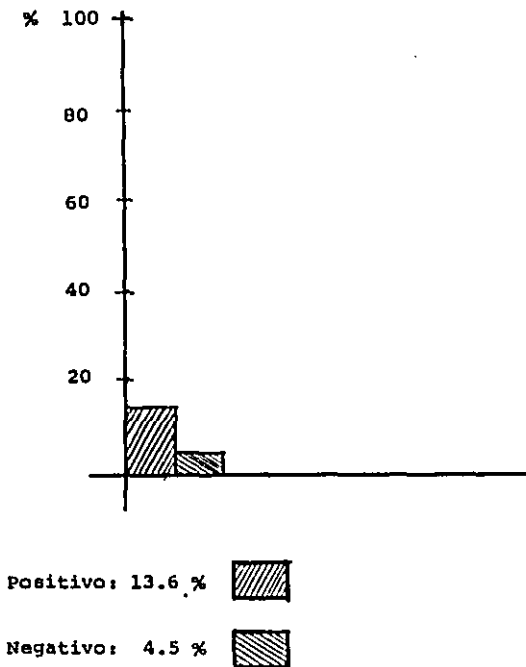
(Gráfica No. IV)

Correlación comparativa entre diagnóstico ecográfico y laparoscópico.



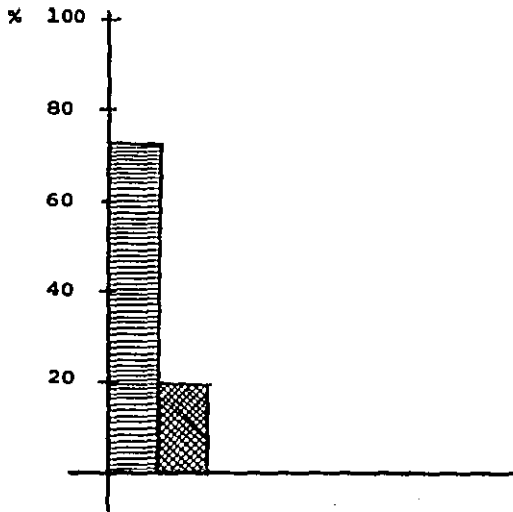
(Gráfica No. V)

Correlación comparativa entre diagnóstico ecográfico y
por laparotomía.



(Gráfica No. VI)

Gráfica de correlación entre sensibilidad y especificidad.



Sensibilidad: 73 %



Especificidad: 27 %



(Gráfica No. VII)

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes con alteraciones uterinas congénitas detectadas se encuentran en edad fértil.
2. Las causas más frecuentes por las que acuden a consulta son:
Amenorrea, Esterilidad e Infertilidad
3. La anomalía uterina más frecuentemente encontrada es la agenesia uterina.
4. La correlación del diagnóstico clínico y ecográfico fué del 64 %, el cual es un porcentaje elevado.
5. La correlación del diagnóstico ecográfico e histológico sólo se llevó a cabo en 24.7 %
6. La correlación del diagnóstico ecográfico y lapa-

roscópico fué del 36.3 %

7. La correlación del diagnóstico ecográfico y por laparatomía fué del 13.6 %

8. Así mismo la sensibilidad encontrada fué del 73 % y la especificidad del 27 %.

9. Por lo que se considera que el estudio ecográfico método utilizado recientemente, es efectivo para el diagnóstico de algunas malformaciones uterinas, además que es un método no invasivo no doloroso y por lo tanto inocuo.

BIBLIOGRAFIA

1. Zárate, A., Canales, E.S.
Amenorrea
Ginecología
Editor Méndez Cervantes 1983
2. Rock, J., Schlaff, W.
The Obstetrics consequences of uterovaginal anomalies. Fertility and Sterility 43:5 1985
3. Valdes, C., Malini, S.
Ultrasound evaluation of female genital tract -- anomalies: A review of 64 cases.
Am. J. Obstet. Gynecol 149:3 1984
4. Nicolini, U., Belloti, M., Bonazzi, B., Zamberletti, D. Can Ultrasound be used to screen uterine malformation.
Fertility and Sterility 47: 1 1987
5. Buttram, V.
Mullerian anomalies and their management

ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

19

Fertility and Sterility 40:2 1983

6. Fayez, J., Mutie, G., Schneider, P.

The diagnostic value of hysterosalpingography and-
hysteroscopic in infertility investigation.

Am. J. Obstet. Gynecol. 156:3 1987

7. Mason, A., Howard, W.

Impaired reproductive performance of the unicornua
te uterus:

Intrauterine growth retardation, infertility, and-
recurrent abortion in five cases.

Am. J. Obstet. Gynecol. 144:2 1982