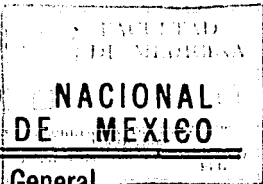


11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



84
10/1

Hospital General

"Dr. Gonzalo Castañeda"

ISSSTE

ENEMA CON AGUA, UNA NUEVA TECNICA ULTRASONOGRAFICA PARA UNA MEJOR DEFINICION DE MASAS PELVICAS GINECOLOGICAS.

1992

Subdirección General Médica
Departamento de Investigación
Secretaría de los Servicios de Enseñanza e Investigación

TESIS CON

FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO

Para obtener la Especialidad en

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

p r e s e n t a

Dr. Luis Gumersindo Mugártegui Herrera



ISSSTE

México, D. F.

1992

20/11/92



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 está 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

	PAGINAS
1.- INTRODUCCION	1
2.- ANTECEDENTES	8
3.- JUSTIFICACION	11
4.- OBJETIVO	12
5.- MATERIAL	13
6.- METODO Y PROCEDIMIENTO	14
7.- RESULTADOS	15
8.- DISCUSION	17
9.- CONCLUSIONES	18
10.- TABLAS, GRAFICAS Y FIGURAS	19
11.- BIBLIOGRAFIA.	20

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

Dentro de los diferentes procedimientos de diagnóstico que se conocen, tienen como objetivo obtener una imagen del órgano o sistema afectado y conjuntamente con la clínica integrar un resultado, lo más aproximado de las condiciones fisiopatológicas, para decidir una conducta adecuada en el tratamiento de las enfermedades.

En ocasiones estos procedimientos son inofensivos como el ULTRASONIDO. Otros pueden ser agresivos y en ocasiones tienen riesgos, debido al material que se utiliza. Ha sido demostrado que la exactitud del ULTRASONIDO en el análisis de la pelvis femenina oscila entre un 82 y un 91% (17.I,2). Este nivel de confianza se puede alcanzar solamente cuando el examen de la pelvis se efectúa con la vejiga distendida, la cual desplaza a las asas intestinales fuera de la pelvis y sirve como ventana acústica para la evaluación de las estructuras adyacentes. Además cuando el colon rectosigmoideo se encuentra lleno de líquido se puede realizar una evaluación de estas estructuras (17). Formándose un efecto de SANDWICH (I).

La vagina y el recto no se desplazan debido a la distensión de la vejiga por estar sujetos al diafragma pélvico. Lo cual origina que el útero y el colon sigmoideo ven afectada su posición. En el examen por ULTRASONIDO la vejiga distendida es una estructura anecoica con paredes delgadas y las formas que pueda adquirir son variables no es habitual que las asas normales de intestino se marquen en la vejiga excepto cuando se presenta una impactación fecal.

La vagina se encuentra situada entre la cara inferior de la vejiga por delante y el recto por detrás. El útero cuya parte

más caudal es el cervix, es un órgano muscular hueco y de paredes gruesas.

Las posición uterina puede ser central y en anterversión la cual puede extenderse a la derecha o izquierda; encontrándose fija laxamente por los ligamentos redondos y anchos, los cuales poseen movilidad y son afectados por la distensión de la vejiga. En el examen por ULTRASONIDO el útero es un órgano en forma de pera con ecos relativamente bajos. El canal uterino normal corresponde a la cavidad endometrial habitualmente es delgada y relativamente brillante e hipoeoica.

El eco endometrial se puede observar en casi un 100%.

En caso de retroflexión con frecuencia el útero asume una forma globular con una disminución en el patrón ecótico normal, y en ocasiones puede simular un fibroma. La región de los anexos esta constituida por las trompas de falopio, los ligamentos anchos el mesosalpinx y los ovarios. Sólo los ovarios son intraperitoneales y son localizados a los lados de la cara superior del cuerpo del útero.

Esta posición puede variar. Por ULTRASONIDO se visualizan como estructuras ovoides con un eje longitudinal orientado oblicuamente y con una ecogenicidad ligeramente inferior a la del útero, se deben obtener sus 3 dimensiones y el volumen para delimitar si se encuentra o no agrandado, los cuales son más pequeños en las mujeres prepúberes y posmenopausicas.

Las salpinges rara vez se identifican en los exámenes por ULTRASONIDO cuando se ven en los cortes transversales se observan como superficies delgadas moderadamente ecogenicas no mayor de 5 mm. de espesor. El extremo caudal del recto se encuentra fijo al retroperitoneo por detrás de la vagina. El colon sigmoidees comienza al nivel de la 3a. vertebra sacra, está unido a la pared pélvica. La evaluación del ULTRASONIDO NORMAL DE COLON en

contadas ocasiones puede ser identificado debido a las hecas o gases del intestino. El cual aparece como ecos intraluminales dispersos y un sombreado con escasa definición de la pared interna (17). Con la introducción de agua dentro del resto se pueden observar cortes longitudinales, transversales y oblicuos (17.1). - Con la distensión de la vejiga se forman 3 espacios peritoneales virtuales; el, espacio peritoneal anterior se encuentra entre el peritoneo parietal anterior y la vejiga. El fondo se sacó posterior entre la vejiga y la cara anterior del útero. El fondo del saco posterior entre el útero y el recto, este último es el más grande de estos espacios conteniendo normalmente intestino delgado y mesenterio. Además de ser la área pélvica más favorable para colecciones intraperitoneales (16).

EL ULTRASONIDO GINECOLOGICO, a diferencia de los rayos X - permite una evaluación directa del tamaño localización, origen y consistencia interna de una masa de la excavación pélvica. Además ayuda de una manera indirecta a conocer su naturaleza benigna o maligna. (4).

El tamaño de una masa pélvica permite cierto grado de diagnóstico diferencial ya que sólo algunas lesiones (CISTOADENOMA) llegan a tener dirección pélvica-abdominal. El reconocimiento de una masa intestinal desplazada puede seguir el vector de crecimiento de una masa pélvica. Se puede detectar por ULTRASONIDO la constitución interna y clasificarla en quística, complejas y mixtas.

Referente a los contornos; es de gran importancia valorar - la continuidad o no de las partes blandas que rodean a una masa pélvica.

La presencia de irregularidad de los bordes sugiere proceso inflamatoria o tumoral, los procesos benignos tienen bordes lisos y la relación con los órganos vecinos en el diagnóstico ULTRASO-

NOGRAFICO, deberá tomarse en cuenta sus características sonográficas del órgano donde toman su origen, las masas quísticas son ecolucidas con contornos bien definidos, a veces con ecos en su interior que pueden ser tabiques, mucus o sangre, estructuras dermoides o tejido tumoral maligno.

Las masas extrauterinas quísticas; dentro de esta categoría tenemos los quistes de ovario fisiológicos o funcionales, que aparecen como masas solucientes esféricas bien circunscritas. Los quistes funcionales desaparecen con la menstruación; cuando son muy pequeños son muy difíciles de diferenciar de un hidrosalpinx y cuando son grandes se pueden confundir con un cistoadenoma seroso.

Los quistes de la teca intersticial son múltiples, de gran tamaño y bilaterales. Dentro del ovario poliquístico; encontramos el Síndrome de Stein Leventhal los cuales son múltiples y bilaterales, además de sus características clínicas de hirsutismo, obesidad y amenorrea.

El Cistoadenoma seroso; el cual predomina en la mujer posmenopausica. En el hidrosalpinx las trompas se visualizan cuando se llenan de material inflamatorio o secreción serosa cuando el contenido de la trompa se infecta (PIOSALPINX Y ABSCESO TUBO-OVARICO), la pared de la masa se hace irregular con una interfase sólido-líquido o líquido-líquido los quistes del ligamento ancho paraovarico son difíciles de independizar del útero con paredes finas y cuando son pediculados son muy movibles. El endometrioma es frecuente en la mujer entre las 2 y 3 década de la vida asociado a la infertilidad y dismenorrea. por ULTRASONIDO, puede observarse como una masa sólida o compleja, el cual puede ser múltiple de diferentes tamaños y con engrosamiento de la pared e irregularidad la cual puede estar relacionada con la presencia de coagulos fibrosis y liquefacción.

El Cistoadenoma mucinosos; comprende un 20% de las neoplasias ovaricas, las cuales pueden tener un gran tamaño multiloculado con tabiques finos y gruesos y que en ocasiones tienden a observarse ecos en su interior por la mucina.

Quistes dermoides; predominan en la mujer joven (15 a 30 años) tienen un crecimiento asintomático, puede variar desde una masa completamente quística, hasta una masa homogénea ecodensa, dependiendo de su contenido que puede ser complejo con áreas de ecodensidad y sombra acústica posterior debido a la presencia de material sebácea y calcificaciones.

Dentro de las masas extrauterinas sólidas, encontramos los tumores sólidos de ovario los cuales son menos frecuentes, cuando son pequeños y difíciles de identificar como el cistoadenofibroma, tecomas, cistoadenocarcinoma, teratoma sólido o tumores secundarios de ovario. Las masas uterinas sólidas; (leiomioma) su aspecto es muy variable en su forma típica determina una o varias masas ecodensas que provocan un agrandamiento modular del contorno uterino con compresión de la vejiga y su aspecto sonográfico depende del tipo y la presencia de degeneración u organización del tejido muscular liso y de los elementos fibrosos de la tumoración, las áreas de degeneración aparecen. Como una área ecolucida y transmiten fácilmente el sonido mientras que las calcificaciones aparecen como zonas ecodensas y provocan sombra acústica; cuando son pediculados se pueden confundir con una masa anexial. El ULTRASONIDO puede establecer su localización y tamaño, si es intramural y pediculado, así también podemos conocer sus componentes tisulares.

Carcinoma del útero; el cual es muy poco frecuente; el aspecto del ULTRASONIDO es muy variable pueden verse los cambios en el contorno uterino, en los cuales son frecuentes las alteraciones del canal endometrial.

Masas sólidas indeterminadas; se incluyen las masas linfomatosas con ecos moderados o masas completamente sonolucientes, o masas provocadas por las asas intestinales llenas de heces o mucus y las neoplasias del tracto gastrointestinal. Las asas llenas del líquido aparecen como estructuras tubulares sonolucientes, fácilmente identificables con los equipos de tiempo real por la peristalsis del intestino.

Los tumores de intestino provocan masas complejas con una área central muy ecodensa rodeada de un halo sonoluciente (4).

Dentro del aparato gastrointestinal; a la exploración abdominal y de la pelvis pueden poner de manifiesto una masa irregular producida por la presencia de materia fecal, la cual en ocasiones es difícil de definir, debido a que pueden presentarse alteraciones patológicas, tanto en intestino grueso y aparato genital que se sitúa en la fosa iliaca izquierda. La distensión gaseosa y contenido fecal puede producir una masa en la fosa iliaca izquierda y región anexial comunmente blanda o quística la cual no es movable.

Los procesos inflamatorios o las diverticulitis; son causadas por pulsión en las cuales se forman bolsas en la mucosa por la mucosa no cubierta por músculo, por lo regular a lo largo del intestino grueso, el colon sigmoides es el más frecuente de asentamiento de las diverticulosis, al formarse una masa abdominal palpables posible que se manifiesten tardíamente las neoplasias en colon. El asiento más frecuente de masas importantes del intestino grueso se encuentra en recto. Las masas neoplásicas del intestino grueso tienden a ser firmes con poca delimitación y escaso movimiento (20).

SONOGRAFICAMENTE se pueden delimitar tumores de colon, muchos pacientes tienen dificultad en retener la materia fecal, lo cual puede ser fácilmente identificable, las edad es un fac---

tor importante (18.9).

El número de cemas purificadores no se encuentra asociado con la retención de agua. El ULTRASONIDO es un método rápido de la detención de agua en colon. Una placa de rayos X de abdomen no nos da datos relevantes, acerca de la preparación de intestino (12).

El Sulfato de Bario es el medio de contraste más usado para el tracto gastrointestinal: pero puede llevar a una peritonitis severa si escapa a peritoneo, el agua con el cual se diluye en ocasiones se elimina rápidamente, quedando masas duras que pueden ser difíciles de eliminar de intestino, el bario posee una densidad radiográfica muy alta y puede oscurecer las estructuras adyacentes y distorsionar los exámenes radiográficos (8).

La mayoría de los tumores gastrointestinales son de origen mucosal, los estudios con bario pueden sospechar malignidad - enfermedades mucosales y anomalías intraluminales. El ULTRASONIDO. Puede mostrar enfermedades de la pared interna y periviscerales (11).

A N T E C E D E N T E S

Dentro de los antecedentes históricos encontramos, que hay diferentes técnicas exploratorias especiales, además de la exploración radiológica habitual. El ULTRASONIDO es una técnica especial, comenzó su uso en la clínica en 1960 (DONALD). El cual ha sido utilizado para poder obtener una información más detallada de las estructuras pélvicas y sus patologías. Adquiriendo en ginecología gran popularidad (20).

Dentro de los medios invasivos tenemos el bario:

Walter Cannon en 1904; seleccionó el bario y el bismuto como medio de contraste mas adecuado para el tracto gastrointestinal, pero siguió utilizando el bismuto (10).

En ese mismo año SHULE, utilizó el enema opaco de 300 a 400 ml. suspensión oleosa de subsinato de bismuto (10).

Feder Haench en 1910, realizó los estudios de colon por enema (con Bario) con control radioscópico en su fluroscopia horizontal y mesa movable (10).

Fischer en 1923: sustituyó el bismuto por el bario y utilizó el doble contraste (Bario y Aire) (10).

Dentro de los medios no invasivos tenemos el agua como medio de contraste:

Car Rubin y Col. en 1978: utilizarón una nueva técnica para delimitar estructuras pélvicas, utilizando la vejiga distendida combinando un enema con agua, que actúa como una ventana sónica para la pelvis, obteniendo un efecto de sandwich, resultando una mejor definición de estructuras interpuestas, masas cuestionables que pudieran ser heces (1).

James W, y Col. 1979; realizaron estudios en 204 masas ginecológicas utilizando el ULTRASONIDO en escala de grises, con confirmación por cirugía, biopsia o autopsia (2).

Suigan en 1988, describió la técnica para la utilización del enema con agua, para una mejor definición de las masas pélvicas e intestino (9).

Sir Dr. Limberg en 1990, habla de la sonografía de colon para una mejor definición del mismo (18).

Jacko A. Pretila en 1990, Valoró el número de enemas purificadores los cuales no estuvieron asociados con la retención de agua en colon. EL ULTRASONIDO ES UN METODO seguro y rápido para la Retención de agua en colon, y puede detectarse el engrosamiento de las paredes intestinales y cambios inflamatorios (22).

Bárbara en 1990; Habla del ULTRASONIDO GASTROINTESTINAL, donde puede mostrar enfermedades de las paredes intestinales, y periviscerales, la distensión intestinal frecuentemente produce asas intestinales distendidas y llenas de fluido con un patrón característico de válvula (II).

J U S T I F I C A C I O N

Dentro de los estudios para valorar las masas pélvicas ginecológicas podemos describir los invasivos y los no invasivos.

Dentro de los primeros tenemos la CULDOSCOPIA; (DECKER - 1940). (20). Donde se puede visualizar la pelvis a través del fondo de saco de DOUGLAS pero requiere de anestesia, y material especial, y actualmente ha sido remplazado, por la laparoscopia (HORXITZ). 5.20). El cual también es un método invasivo que también requiere de un equipo especial, sala de cirugía, y anestesia.

Es una técnica que nos da información de los cotornos, - superficies de útero anexos.

También dentro de estos métodos tenemos histeroscopia; la cual no da información de las anomalías intracavitarias, pero nos da información de las salpinges, también requiere de técnica especial y anestesia.

La neumografía pélvica; (1919). Actualmente en desuso, - donde hay la combinación de un neumoperitoneo provocado y la exploración radiológica abdominal aportando ayuda en la valoración de anomalías pélvicas en la infancia y mujeres vírgenes, - (20).

También tenemos la HISTEROSALPINGOGRAFIA; el cual es un método no operatorio, más utilizado, poco costo, pero requiere de medio de contraste yodado y radiación. (12.5).

De los estudios no invasivos contamos con:

HISTEROSALPINGOECOGRAFIA: (15). A diferencia de la HISTEROSALINGOGRAFIA, que es de bajo costo, método no operatorio no se

utilizan medio de contraste yodado ni radiaciones a las pacientes.

EL ULTRASONIDO: es un método no invasivo, de bajo costo, - que no requiere medios de contraste yodado, ni radiaciones, además de no requerir dematerial especial, y los estudios se pueden realizar en el departamento de ULTRASONIDO.

O B J E T I V O

**Demstrar la utilidad del colon por enema con agua, a -
través de la técnica de ultrasonido que nos proporciona el diag-
nóstico diferencial de masas pélvicas ginecológicas en relación
a otros métodos de estudio.**

M A T E R I A L

El estudio prospectivo y observacional y descriptivo, fue realizado en el departamento de ULTRASONIDO del HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTANEDA" I.S.S.S.T.E.

DEL MES DE MARZO AL MES DE AGOSTO DE 1991. Para la elaboración del estudio se canalizaron pacientes del sexo femenino, de el servicio de consulta externa de ginecoobstetricia y del departamento de ULTRASONIDO DEL HOSPITAL, en las cuales se encontró la siguiente patología pélvica: QUISTES DE OVARIO, MIOMATOSIS UTERINA, ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA, ENDOMETRIOSIS, PATOLOGIA VESICAL, Y PATOLOGIA DE COLON.

Se manejaron pacientes del sexo femenino, con edades que comprendieron entre los 15 años y 80 años de edad.

Los rastreos fueron obtenidos con un equipo PHILLIPS DE ULTRASONIDO SDR 1550 DE ALTA RESOLUCION, utilizando transductor de 3.0 MHZ.

Cámara de multiformato, película KODAX Rayos X.
 Videogradora PC HEADS BETA, Video Cassette beta III.
 Cámara fotográfica CANNON. EQUIPO DE RAYOS X Y FLOUROSCOPIA.
 ADEMAS SE UTILIZARON:

Gasas, apósitos, jalea lubricante, jeringas desechables de 20 cm. irrigador, cánula rectal, pinzas de Kelly. Sondas Foley de los números 28 y 30 cm. Agua tibia, bolsas desechables de suspensión de bario.

M E T O D O S Y P R O C E D I M I E N T O S

Para el estudio a las pacientes se solicitó preparación - previa 2 días antes del estudio se les indicó una dieta pobre en residuos y abundantes líquidos. Un día antes del estudio, a las 18 Hrs. tomar 30 ml. de aceite de ricino o X PREP suspensión -- posteriormente a las 20Hrs. comenzar su ayuno, y realizar anemia evacuante, el día de su cita a las 9.00 a.m. se realizarán dos - enemas evacuantes verificando que el líquido del enema salga limpio sin heces, y baño del día.

Una hora antes del estudio tomar 1 1/2 lt. de agua, se -- presentará a la hora indicada para realizar la recolección de - datos.

Se tomó una placa simple de abdomen para verificar la limpieza de colon. Se procedió a realizar el ULTRASONIDO de control con técnica convencional.

Con guantes desechables se aplica jalea a la cánula y con gentileza se introducirá en recto, se utilizó sonda de Foley de 20 o 30 cc dejando el globo de retención, se pasó líquido tibio de 800 a 1000 ml. Con la técnica ya establecida se procedió a - realizar los diferentes cortes ultrasonográficos. Se tomó video, y placas de cada una de las pacientes del estudio de control por ULTRASONIDO y cuando se aplicó el enema con agua.

Se pidió a la paciente que evacuara y pasó al servicio de Rayos X, donde se realizó el colon por enema con bario.

R E S U L T A D O S

TRAS LA ADMINISTRACION DE AGUA TRANSRECTAL SE OBSERVO LA -
DILATACION DEL AMPOLA RECTAL Y POSTERIORMENTE SE DILATO EL
SIGMOIDES.

En el presente estudio se manejó un total de 28 pacientes_
del sexo femenino, con edades que oscilaron entre los 15 años y
80 años de edad, de las cuales 3 pacientes fueron normales. FO--
TO (1).

Los órganos implicados fueron: Vejiga, Utero, Ovarios, Ane-
xos y Rectosigmoides.

Al realizar el ULTRASONIDO de control, y al aplicar el ene-
ma con agua, se valoraron, para cada una de las pacientes las me-
diciones de estos órganos, y sus diferentes patologías. Para las
mediciones no encontramos cambios significativos, en el estudio_
pre enema con agua y al aplicar el agua.

Dentro de las patologías que nosotros encontramos se vi---
sualizaron: 13 pacientes con quistes de ovario (46.4%). FOTO (2)
5 pacientes presentaron miomatosis uterina (17.8%). FOTO (3).
4 pacientes con patología mixta (14.3%) FOTO (4). Aquí incluimos
pacientes con quistes de ovario y miomatosis uterina. Una pacien-
te presentó hidrosalpinx (3.6%). Una paciente con divertículo -
vesical (3.6%). Una paciente con cáncer de colon (3.6). De las_
3 pacientes normales con un porcentaje de (10.7%). Gráfica (I).-
Tabla (I).

De acuerdo al número de pacientes y por cada una de las -
patologías y el lado implicado encontramos; 9 pacientes con quiste
de ovario izquierdo (32.0%). 4 pacientes con quiste de ovario

derecho (14.3%).

Una paciente con miomatosis de pequeños elementos (3.6%). Una paciente con miomatosis de medianos elementos (3.6%). Y 3 pacientes con miomatosis de grandes elementos (10.8%). Tabla (2).

Las edades de las pacientes en relacion con los diferentes tipos de patologia. incluyendo a las pacientes normales se aprecian en la tabla (3).

En 26 de las pacientes que se estudiaron, el ULTRASONIDO POR-- ENEMA CON AGUA de rectosigmoides fueron normales y corroborandose -- con el enema con bario los cuales tambien fueron normales. Foto(5,5)

En una de las pacientes de 34 años de edad, la cual se diagnostico-- miomatosis de grandes elementos y poliquistosis ovarica. Foto (6,6). Ademas de estenosis de colon rectosigmoides, por las dos tecnicas por ULTRASONIDO. Y la corroboracion del colon por enema con bario Foto (6).

En la segunda paciente de 44 años de edad, con diagnostico de diverticulo vesical, por ULTRASONIDO pre enema y enema con agua. Foto(7)- Ademas se realizo Cistoureterocografia y Cistoureterografia, Foto(7). corroborando nuestro diagnostico. El colon por enema con bario fue normal descartando un diverticulo intestinal

La tercera paciente de 35 años de edad, con diagnostico de cancer de colon, se realizo el ULTRASONIDO de control y enema con agua. Foto(8) Ademas de la exploracion ultrasonografica de utero y anexos no-- encontrando patologia que referir. tambien se realizo rastreo de hgado no se encontraron datos de metastasis.

No se realizo colon por enema con bario por ser una contraindicacion para su cirugía.

El diagnostico posquirurgico, fue cancer de colon rectosigmoides, --- con lo cual corroboramos nuestro diagnostico.

D I S C U S I O N

La certeza diagnóstica en la evaluación de masas pélvicas se ha manejado en un 91% (2).

Es importante la habilidad que tenga el explorador, para detectar estructuras normales de anormales, además de la resolución que tenga el equipo de ULTRASONIDO. El tamaño, consistencia y ubicación de una masa pélvica o intestinal son útiles, para obtener información. La técnica del enema con agua vista por ULTRASONIDO, utilizando como medio de contraste el agua, es un método confiable para identificar la anatomía pélvica e intestinal y sus diferentes tipos de patología.

En los ultrasonidos convencionales no podemos definir con toda certeza la pared posterior de órganos como el útero, aunado a la presencia de gas intestinal, las heces semejando masas, dificultan la exploración. En los casos de enfermedad pélvica inflamatoria en ocasiones hay líquido libre en fondo de saco de Douglas, el cual se puede diferenciar del líquido que pueda haber en colon mediante éste estudio.

La extensión de las tumoraciones las podemos delimitar por las interfaces entre el intestino lleno de agua y las estructuras pélvicas, lo cual pudimos observar en nuestro estudio.

Car Rubin en 1978 realizó la técnica de colon por enema -- por ULTRASONIDO, en su estudio manejaron pacientes masculinos y femeninos. Detectando patologías pélvicas para ambos casos. Aunque en nuestro estudio sólo manejamos pacientes femeninos, nuestros criterios son similares a los que ellos manejaron en su estudio.

De las 28 pacientes femeninas, un 46.4% para quistes de -

ovario y 17.8% corresponde a las miomatosis uterinas.

Encontramos un predominio de los quistes de ovario, y dentro de estos 9 pacientes presentaron la patología del lado izquierdo.

C O N C L U S I O N E S

El ULTRASONIDO es un estudio que ha venido a ayudar al clínico en un diagnóstico seguro, adecuado y poco costoso.

EL COLON POR ENEMA CON AGUA POR ULTRASONIDO se puede utilizar como una valiosa técnica para delimitar la anatomía pélvica y de rectosigmoides y sus diferentes patologías.

Como ventajas podemos valorar:

-- La delimitación de las masas pélvicas ginecológicas. --

-- Una mejor definición de las interfases del RECTO-UTERO y de VEJIGA-UTERO.

-- Podemos eliminar el gas intestinal y descartar procesos tumorales que semejen heces.

-- La distensión del intestino grueso, nos permite descartar alguna patología.

DENTRO DE SUS DESVENTAJAS.

-- Como contraindicación, ante la presencia de procesos agudos u obstructivos de rectosigmoides.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Car Rubin, Alfred B Kurtz, Barry B Golberg; Water enema, a -
New Ultrasound Technique in Defining Pelvic Anatomy. JCU; -
1978; 7 1-72.
- 2.- James W. Wais Kenneth J.W. Tayla; Gray Scale Ultrasound in -
204 proved Gynecology Masses Accuracy and Specific diagnostic.
Radiology; february 1979; 130; 391-397.
- 3.- Kabalin Sn Freda Neehel; Leiomyoma of Bladder. Report of 2
Cases and demonstration of ultrasonic appearance. Urology; -
1980; 35(3) 210-2.
- 4.- Orlando Valls Pérez, Dra. Ma. E. Parilla; Atlas de Ultrasoni
do diagnóstico; Editorial Científico Técnico; Cd. Habana, --
1982.
- 5.- G.H. Whilhovse B. S. Worlhungton; Técnica de radiología diag
nóstica. Editorial Doyma 1987.
- 6.- Matthew Drifkin, Laurence Needleman, Alfred B. Kurtz; Sono--
graphy of Nongynecologic Cystic Masses of the Pelvis. AJR; -
June 1984; 142: II69-II74.
- 7.- A. Jill. Jubman, Bethkruse, Majoric B; Sonography of masses -
of the pelvis. diagnostic trasvaginal y trasabdominal.
AJR: 1988; 151; 89-92.
- 8.- F. Laerum A. Stordohl; Water- soluble contrast media compared
with Barium in Enteric Follow- through; Acta radiológica; -
1988; 29 frac. 5.
- 9.- Suiganh; Staeleen. T.S. Water Enema; Ultrasound. Quearthely;--
9 (1): 1984.(85)
- 10.- Alma Cervantes Castro; Enfermeria Radiológica; Editorial Li-
musa 1989.

- 11.- Barbara A. Carol; Us of Gastrointestinal tract; Radiology - 1989.
172: 606-608
- 12.- Dr. Juan J. Crottocin. Dr. Ricardo Parada; Ginecología Eco-
gráfica y Radiológica, Editorial Amesur; 1989.
- 13.- Rullfn Mc; Adnexal Masses in Postmenopausal Women. Obstet -
Gynecol 1987; 70 (4); 578; 81.
- 14.- Ivon H. Dizawan Mizuvot Akashi; a Larged degenerated -
subserous leiomyoma of the uterus; Uncommon Scintigraphic -
and Ultrasonographic Findings. Ann Nucl Med. 1989; March; -
3 (1), 55-7
- 15.- Dr. Adolfo A. Camacho González; Histerosalpingoecografía -
con líquido como medio de contraste para visualizar permea-
bilidad tubaria; Gineco; Obsteter Méx. 1990, 58; 65-69.
- 16.- Anderson Pc Serafine Paulson; Detection and Management of -
Pathological, non- Palpable, Cystic Adnexal Masses; Human -
Record; 1990, 5 (3); 279-81.
- 17.- Peter W. Callen; Ultrasonografía en Ginecología obstetri-
cia; Editorial Panamericana; 1990.
- 18.- Sir Dr. Limberg; Sonographia de colon; The Lancet; 1990; -
1457.
- 19.- Danfordht. M.D. Tratado de Ginecología y Obstetricia; Edit.
Interamericana, 4a. Edición 1987.
- 20.- Clifford; Ginecología y obstetricia ; edit. interamericana, 4a.
Edición 1988.
- 21.- Taboury. C.O., Ultrasonido Ginecológico, Edit. Doyma 1987.

- 22.- Saako a Pretila Soren Bondestam; the assesement of Colonic Water Retention prior to Double - Contrast enema; Gastrointest Radiol: 15: 164-168; 1990.
- 23.- Stephanie R. Wilson; The Value of Sonography in the Diagnosis of Acute Diverticulitis of the Colon. AJR: June 1990; 154;- 1199-1202.

I.S.S.S.T.E.
 DELEGACION REGIONAL ZONA NORTE
 HOSPITAL GRAL. " DR. GONZALO CASTANEDA"
 SERVICIO DE GINECO OBSTRETRICIA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

NOMBRE: _____ EDAD _____ FECHA _____

EXPEDIENTE _____ DIRECCION _____

TELEFONO _____

A.G.O.: M _____ R _____ CARACTERISTICAS _____

IVSA _____ G _____ P _____ A _____ C _____ FUP _____ FUR _____ CP: SI NO.

METODO _____ INICIO _____ FLUJO: SI NO CARACTERISTICAS _____

SANGRADO: SI NO CARACTERISTICAS _____

CIRUGIAS _____ ESTUDIOS PREVIOS _____

UTERO: FORMA _____ SITUACION _____ POSICION _____

DIMENSIONES: LONG: _____ AP: _____ TRANSV: _____

BORDES: _____ PATRON ECOGRAFICO _____ RELACIONES _____

OBSERVACIONES: _____

OVARIO DCHO: DIMENSIONES: LONG: _____ AP: _____ TRANSV: _____

PATRON ECOGRAFICO: _____

OVARIO IZQ: DIMENSIONES: LONG: _____ AP: _____ TRANSV _____

PATRON ECOGRAFICO: _____

IMPRESION DIAGNOSTICA DE ENVIO: _____

IMPRESION DIAGNOSTICA DE USG: _____

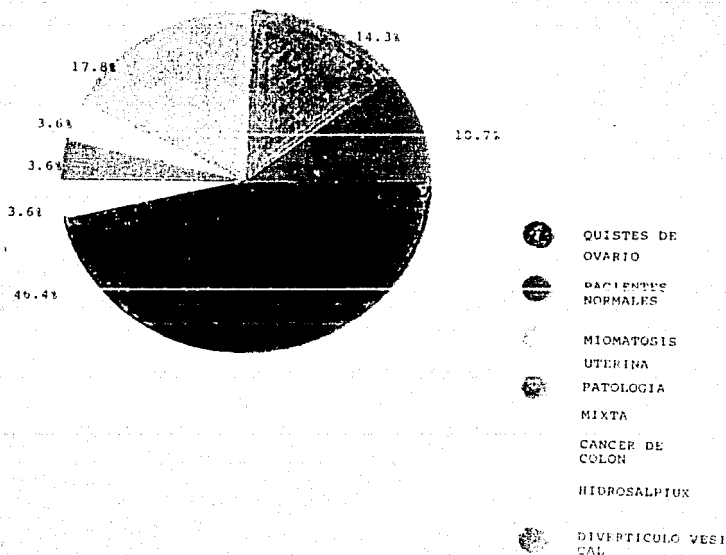
OBSERVACIONES: _____

OBSERVACIONES: _____

REPORTA: _____

G R A F I C A I

DISTRIBUCION DE HALLAZGOS ENCONTRADOS EN COLON
 POR ENEMA CON AGUA POR ULTRASONIDO



T A B L A I

HALLAZGOS POR ULTRASONIDO UTILIZANDO EL METODO
ENEMA CON AGUA

C A U S A S	# PACIENTES	%
1.- QUISTE DE OVARIO	13	46.4%
2.- MIOMATOSIS UTERINA	5	17.8%
3. ... PATOLOGIA MIXTA	4	14.3%
4 -- PACIENTES NORMALES	3	10.7%
5.- HIDROSALPINX	1	3.6%
6.- DIVERTICULO VESICAL	1	3.6%
7. CANCER DE COLON	1	3.6%
	<hr/> 28	<hr/> 100%

T A B L A 2

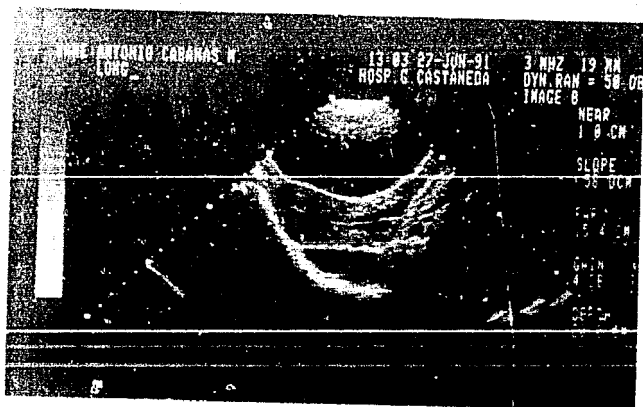
NUMERO DE PACIENTES Y PORCENTAJES DE ACUERDO A SU
UBICACION Y TIPO DE PATOLOGIA

C A U S A S	# PACIENTES	#
1. QUISTES DE OVARIO DERECHO	4	14.3
2. QUISTES DE OVARIO IZQUIERDO	9	32.0
3. MIOMATOSIS DE PEQUENOS ELEMENTOS	1	3.6
4. MIOMATOSIS DE MEDIANOS ELEMENTOS	1	3.6
5. MIOMATOSIS DE GRANDES ELEMENTOS	3	10.8
6. PATOLOGIA MIXTA	4	14.3
7. PACIENTES NORMALES	3	10.8
8. HIDROSALPINX	1	3.6
9. DIVERTICULO VESICAL	1	3.6
10. CAQCNCER DE COLON	1	3.6

C A S O S

PRINCIPALES CAUSAS DE PATOLOGÍAS FEBRILES
POR EDADES

CAUSAS	E D A D E S																	
	15	17	18	22	25	30	31	34	35	37	40	41	42	44	46	50	57	77
1 - QUISTES DE OVARIO DERECHO		*		*							*	*						
2 - QUISTES DE OVARIO IZQUIERDO				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			*		*
3 - QUISTES BILATERALES DE OVARIO									*									
4 - NISTATOIS DE PEQUEÑOS ELASMATOS															*			
5 - NISTATOIS DE MEDIANOS ELASMATOS			*		*										*			
6 - NISTATOIS DE GRANDES ELASMATOS									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
7 - MICROGASTRIC							*											
8 - DIVERTICULO VESICAL													*					
9 - CANCER DE COLON									*									
10 - PACIFTEROS INMUNALES	*										*	*	*					



FOTOGRAFIA 1. Rastreo longitudinal donde observamos, útero, eco endometrial, delimitando adecuadamente sus contornos.

ESTA TESIS NO DEBE
SER PRESTADA A LA BIBLIOTECA

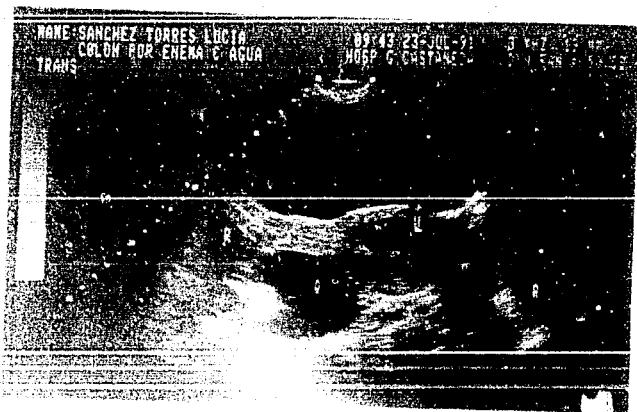


FOTO 2. Enema con agua, por ultraso-
nido en un corte transversal. Mues-
tra quiste de ovario derecho.

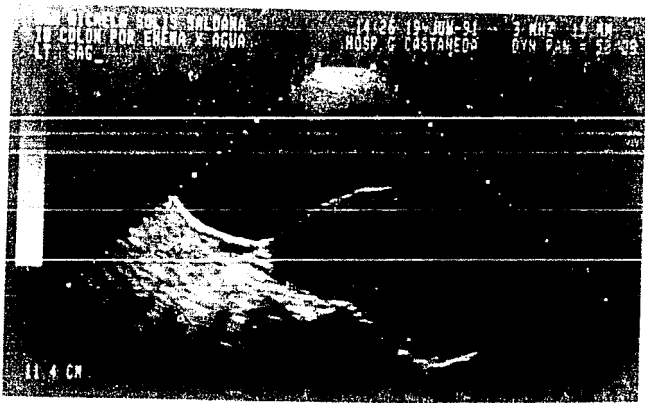
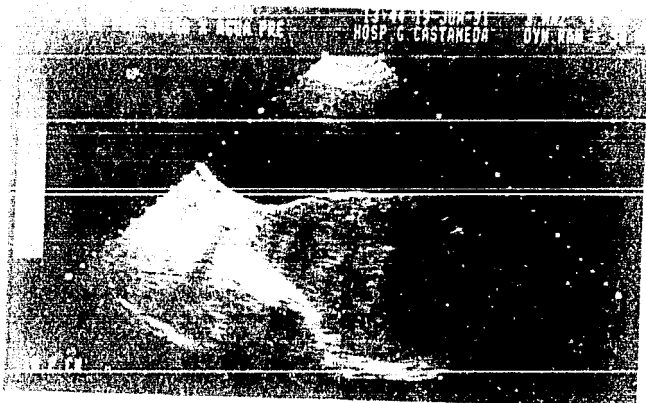


FOTO 3 y 3', en cortes transversales donde observamos una micromatosis de grandes elementos en un ultrasonido convencional y enema con agua



FOTO 4. Patología mixta donde observamos un quiste de ovario y una miomatosis de grandes elementos.

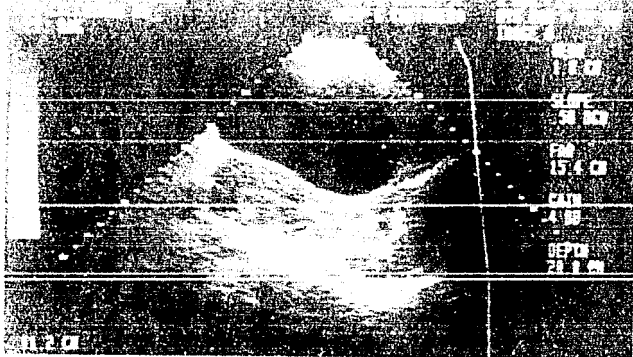


FOTO 5 ; 5' En el --
 corte longitudinal -
 por ultrasonido, vi-
 sualizamos el colon
 recto sigmoides.
 Con las dos técni---
 cas por ultrasonido,
 no se detectó patolo-
 gía alguna.

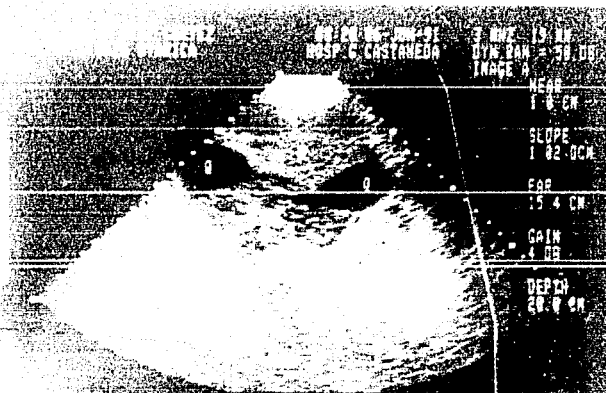
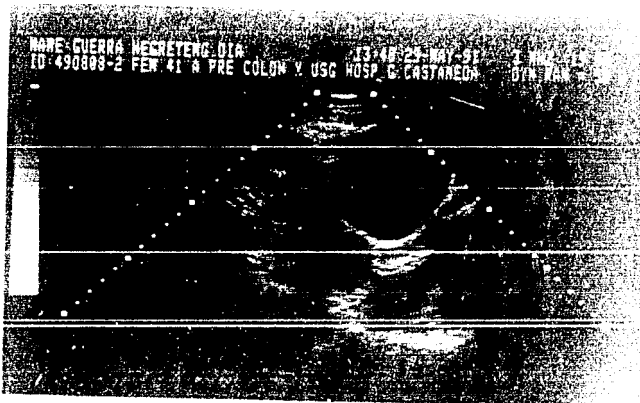


FOTO 6 y 6'. En las dos técnicas por ultrasonido se visualizan dos tipos de patología, una miomatosis de grandes elementos y una poliquistosis -- ovárica.



FOTO 6". En el colon por enema baritado corroboramos la estenosis de colon recto sigmoides en nuestra paciente.



FOTOS 7, 7' El ultrasonido de enema con agua, encontramos un divertículo vecical, el cual fué corroborado por la ---cistourethrografia.

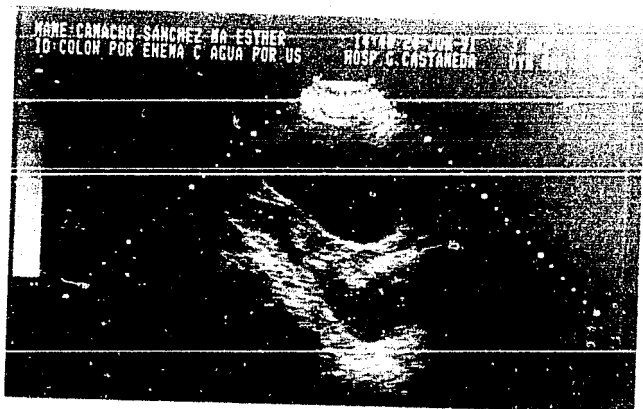


FOTO 8. En el corteo longitudinal por ultrasonico, con la técnica de enema con agua. Se visualizó un engrosamiento de las paredes de rectosigmoides, correspondió a un cáncer de colon.