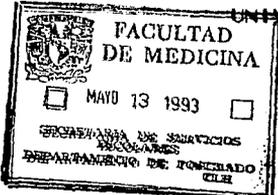


11217

24
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

"CORRELACION CLINICA, ULTRASONOGRAFICA E HISTOPATOLOGICA DE LA LEIOMIOMATOSIS UTERINA"

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA LA DRA.

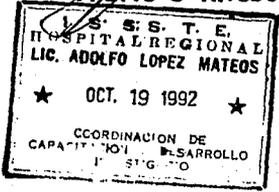
MA. ELENA CARRERO SOLIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. CARDO LOPEZ FRANCO
Coordinador de Capacitación, De-
partamento de Investigación.

DR. JAIME HERNANDEZ RIVERA
Profesor Titular del curso



DR. OSCAR TREJO
Coordinador de Ginecología y Obstetricia



1993
19 OCT. 1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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



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

Agradecimientos	0
Summary	1
Resumen	1
Introducción	3
Material y Métodos	8
Resultados	9
Discusión	11
Conclusiones	13
Tablas	14
Gráficas	15
Bibliografía	20

R E S U M E N

Para determinar la certeza diagnóstica de la exploración física y ultrasonográfica en el diagnóstico de leiomiomatosis uterina, se efectuó un estudio retrospectivo exploratorio en el servicio de gineco-obstetricia del H.R. "Lic. Adolfo López Mateos", se revisaron 147 expedientes de pacientes con diagnóstico de probable leiomiomatosis uterina y fueron sometidas a histerectomía total abdominal, se excluyeron 4 pacientes por carecer de reporte de ultrasonografía.

La leiomiomatosis uterina fue diagnosticada por el departamento de patología y los resultados del estudio demostraron lo siguiente: en 115 pacientes leiomiomatosis uterina, (80.41%), en 17 casos se reportó adenomiosis (11.88%), en 11 pacientes no se encontró patología miometrial (7.71%).

De acuerdo a lo anterior la H.T.A. se realiza con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de leiomiomatosis uterina respaldado por la exploración física y por estudios de gabinete como la ultrasonografía, sin embargo, esto en ocasiones es subjetivo, puede depender de otros factores o de la experiencia del explorador, por lo que en ocasiones se realiza un diagnóstico probable sometiendo a las pacientes a cirugía y el diagnóstico definitivo lo proporciona el estudio histopatológico y como se establece en este trabajo, el

margen de error existe de manera importante (7.71%) por lo que se deben efectuar procedimientos, diagnósticos como la Histerosalpingografía y la Histeroscopia para aumentar la certeza diagnóstica antes de someter a nuestras pacientes a un riesgo quirúrgico.

Palabras clave: leiomiomatosis uterina, histerectomía, histopatología.

S U M M A R Y

To determine the certain diagnosis the clinic and -- ultrasonographic in the diagnosis the uterine leiomyomas we do retrospective study in the gynecology and -- obstetrics service in the hospital Adolfo López Mateos (ISSSTE), we study 147 patients with diagnosis more -- probably uterine leiomyomas a who subjection to hysterecctomy we exclud to 4 patients who don't have report the ultrasound.

The uterine liomyomata was diagnosis for the departa-- ment the pathology and resulting was following: in 115 patients uterine leiomyomas (80.41%), in 17 cases -- adenomyosis (11.88%), in 11 patients don't have myometrium pathology (7.71%).

Therefore the hysterectomy is do more frequently in -- patients with diagnosis of uterine leiomyomas for clinic and USG, although is dependent to explorer experience. Although the definitive diagnosis histopatologic. We study have error margin to 7.71%. Within is -- must be study to complete before subjection to risk -- major our patients.

Key words: uterine leiomyomata, hysterectomy, histopathology.

La miomatosis uterina es una patología que a través del tiempo y de acuerdo a los diferentes autores se ha denominado de muchas maneras como mioma, fibroma, fibromioma, fibroide y -- leiomioma siendo esta última manera la más correcta porque -- describe con bastante exactitud el origen de este tumor en -- las células musculares lisas y la presencia de tejido conecti -- vo también al corte histológico.

DEFINICION:

El leiomioma es un tumor benigno desarrollado a expensas de -- fibras musculares lisas y que contienen además tejido conecti -- vo como sostén.

FRECUENCIA:

Es el tumor sólido más frecuente en todo el tracto genital -- femenino, es difícil establecer su frecuencia exacta pero se estima que aparece en aproximadamente el 50% de todas las mu -- jeres, es más frecuente en edad reproductiva, rara antes de -- los 20 años de edad.

ETIOLOGIA:

No se conoce una etiología exacta, se habla de algunas teo -- rias, pero la más aceptada es la que refiere que se origina a partir de células musculares lisas y así lo confirman los es -- tudios de anatomía patológica.

CUADRO CLINICO:

El 30% aproximadamente son asintomáticos, cuando existen incluyen:

- 1.- Alteraciones menstruales del tipo de hiperpolimenorrea - por vasolidatación, estasis, deformidad uterina, hipertrofia glandular del endometrio, etc.
- 2.- Síntomas de compresión de acuerdo al tamaño uterino, volumen de los leiomiomas y si son pediculados o no, pueden comprimir vejiga, uretero y colon.
- 3.- Dolor por compresión de plexos nerviosos, cuando el dolor es de inicio brusco debemos sospechar de algún proceso degenerativo o de torsión.
- 4.- Leucorrea es síntoma inespecífico, pero frecuentemente la acompaña.
- 5.- Síntomas generales principalmente anemia por la hiperpolimenorrea y en ocasiones cuando hay pérdida de peso repentina debemos sospechar algún proceso maligno.

EXPLORACION FISICA:

La exploración abdominal difícilmente nos ayuda para el diagnóstico de leiomiomatosis uterina, esto depende del tamaño, situación del tumor y del grado de obesidad que tenga nuestra paciente.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de la leiomiomatosis uterina es fundamentalmente por la exploración física, sin embargo en ocasiones esto se ve modificado por factores como contracción muscular abdominal voluntaria de la paciente, pannículo adiposo y experiencia de el examinador para esta patología.

Nos apoyamos en otros exámenes como el ultrasonido pélvico de los más útiles, otros incluyen la histerografía la histeroscopia, el legrado uterino biopsia, etc., el diagnóstico definitivo es realizado por el estudio posterior de la pieza quirúrgica anatomopatológico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Debemos realizarlo principalmente con la adenomiosis -- porque este nos puede provocar la misma sintomatología y crecimiento uterino, debemos realizarlo también con -- embarazo en fases tempranas y cuando hay un leiomioma -- pediculado con tumor de ovario y con pólipo según la -- localización y finalmente con procesos malignos principalmente en mujeres postmenopáusicas.

ANATOMIA PATOLOGICA:

El leiomioma puede presentarse como tumor único o múltiple, de diferente tamaño, tiene forma redonda o esféri-

ca, consistencia dura, se encuentra separado del miometrio normal por una delgada capa de tejido conectivo -- llamada pseudocápsula. Al corte la coloración es de -- blanca a rosada, pueden ser intramurales, subserosos o submucosos de acuerdo a su localización, algunos, sobre todo los 2 últimos tipos pueden ser pediculados dando -- la forma polipóide.

Se localiza en el 97% en el cuerpo uterino, en un 2% en el cérvix y en un 1% en el ligamento ancho.

Microscópicamente se encuentra formado por células musculares lisas agrupadas y dispuestas a manera de remolino con gran cantidad de fibroblastos, pueden presentar procesos degenerativos como los siguientes:

- 1.- Degeneración hialina: se observa en la mayoría de los -- leiomiomas y es de consistencia blanda, al corte aparecen como zonas rosadas de consistencia blanda.
- 2.- Degeneración quística: las zonas de hialinización tienden a acumular líquido en su interior dando los quis-- tes.
- 3.- Degeneración con calcificación. Areas calcificadas.
- 4.- Necrosis muy frecuente en el embarazo por falta de -- irrigación.
- 5.- Infección frecuente que ocurra posterior a parto o le-- grado.

- 6.- Degeneración grasa poco frecuente.
- 7.- Degeneración maligna ocurre en un 0.5% y generalmente es sarcomatosa.
- 8.- Se ha descrito otro tipo de degeneración llamada leiomiomatosis peritoneal generalizada extremadamente rara.

TRATAMIENTO:

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, se ha tratado de manera conservadora con progestágenos por ejemplo en mujeres que desean embarazarse pero es tratamiento paliativo y se ha visto mejores resultados en estas mujeres cuando se les realiza miomectomía.

Si existe anemia esta se corrige con suplementos de hierro o con transfusión.

El tratamiento está encaminado a pacientes sintomáticas, sin embargo algunos autores recomiendan la histerectomía total abdominal en pacientes asintomáticas con un útero mayor a un útero de 12 SDG.

El propósito de este trabajo es el de correlacionar la miomatosis uterina de acuerdo a la exploración física, al ultrasonido y al estudio histopatológico en pacientes con leiomiomatosis uterina en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE y comparar los resultados con la literatura consultada.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo donde se revisaron expedientes de pacientes derechohabientes del ISSSTE -- sometidas a histerectomia total abdominal con el diag-- nóstico de leiomiomatosis uterina en el lapso del 1º de enero de 1989 al 31 de enero de 1991.

Fueron un total de 147 pacientes, se tomaron en cuenta la edad de las pacientes, la paridad, si se encontraban sintomáticas o no, etc., a todas se les había confirmado el diagnóstico preoperatorio de leiomiomatosis uterina por medio de la exploración física, la cual se -- realizó en el servicio de neoplasias en la consulta externa de primera vez, por medio del tacto bimanual realizado por el médico residente y supervisado por el médico adscrito del servicio, y también se confirmó el -- diagnóstico por medio de ultrasonografía pélvica con -- transductor sectorial via abdominal con un aparato marca General Eléctric en el servicio de rayos x de este -- hospital, realizado por el médico adscrito.

Las piezas quirúrgicas fueron analizadas y se les realizaron los cortes correspondientes en el servicio de anatomía patológica de este hospital y se llevó a cabo por el médico residente avalado por el médico adscrito correspondiente.

Se presentan resultados en tablas y gráficas con porcentajes.

RESULTADOS

Se estudiaron 147 pacientes con sospecha diagnóstica y por clínica preoperatoria de leiomiomatosis uterina -- que fueron sometidas a histerectomía total abdominal, 4 de ellas fueron excluidas por carecer de resultado -- ultrasonográfico en la carpeta del expediente; , tuvieron un promedio de edad de 42.16 años con un rango de 27 a 55 años (tabla 1). Una paciente se encontraba -- asintomática pero con un útero de 20 cms. por ultrasonografía (gráfica 1). Todas las demás se encontraban -- con síntomas propios de la leiomiomatosis uterina de -- predominio la hiperpolimenorrea (gráfica 2)

De las 143 pacientes, se encontró en 115 leiomiomato-- sis uterina en el resultado histopatológico (80.41%). De las restantes, 17 pacientes fueron adenomiosis pu-- ras (11.88%), en una paciente se reportó NIC III -- -- (0.69%) y en 10 pacientes no se encontró alteración -- aparente (6.99%) (gráfica 3).

En cuanto a la localización de los leiomiomas el 100% -- se encontraban en el cuerpo uterino, de las 115 pacien-- tes, en 80 se encontró una combinación de leiomiomas -- subserosos, submucosos e intramurales (69.56%), en 6 -- pacientes se encontraron intramurales puros (5.21%). -- en 11 pacientes fueron solamente submucosos (9.56%) y en 18 pacientes fueron subserosos puros (15.65%) (grá-- fica 4).

De las 115 pacientes se observó en 76 algún tipo de -- degeneración: en 72 se observó degeneración hialina -- (62.60%), en 2 pacientes se observó degeneración quis- tica (1.73%), en otras 2 pacientes se observó calcifi- cación (1.73%), en las otras 39 pacientes, no se obser- vó degenación (gráfica 5).

D I S C U S I O N

De las 143 pacientes que conformaron el estudio, en 115 de ellas se confirmó el diagnóstico de leiomiomatosis uterina por medio de anatomía patológica, en 17 pacientes el diagnóstico fue de adenomiosis y en el resto no hubo patología aparente por lo que es importante hacer el diagnóstico diferencial con esta patología puesto -- que el cuadro clínico es semejante como se menciona en la literatura.

De acuerdo a la edad de las pacientes, el promedio de edad fue de 42.16 años, con rango de 27 a 55 años y como sabemos la leiomiomatosis uterina es una enfermedad de la edad reproductiva, en nuestro estudio la edad de las pacientes es un poco más elevada de lo esperado.

El sitio de localización más frecuente fue el cuerpo uterino y ausente en el cérvix, esto concuerda perfectamente con lo referido por los diversos autores. El tipo de degeneración más frecuente se encontró la degeneración hialina, seguida por la degeneración quística y por la calcificación, no se encontró ninguna degeneración sarcomatosa en nuestro estudio, estos resultados son los esperados de acuerdo a la experiencia de los autores consultados.

De nuestros resultados en el 7.71% de los casos no se encontró patología miometrial y esto es explicable por diferentes factores como obesidad de las pacientes, -- resistencia muscular voluntaria de la pared abdominal al momento de la exploración física y otro factor im-- portante es la experiencia del clinico, sin embargo, - esto no Justifica el someter a las pacientes a un ries go quirúrgico y debemos apoyarnos en otros métodos de diagnóstico.

CONCLUSIONES

- 1.- La historia clínica y el ultrasonido tienen certeza -- diagnóstica del 80.41% para leiomiomatosis uterina en este estudio.
- 2.- La historia clínica y la ultrasonografía tienen 7.71% de error diagnóstico (falsopositivo) en pacientes sanas en este estudio.
- 3.- Debemos confirmar el diagnóstico preoperatorio de la - leiomiomatosis uterina antes de someter a las pacien-- tes a un riesgo quirúrgico mayor y tratar de seleccionar adecuadamente a nuestras pacientes.

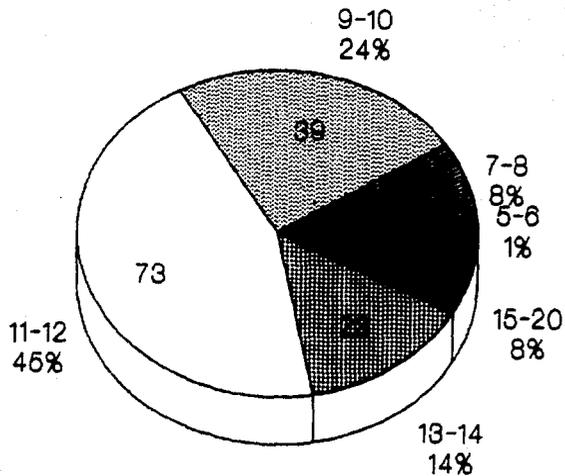
TABLA 1

Pacientes distribuidos por grupos de edad

EDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
25 - 30	08	5.59
31 - 35	07	4.89
36 - 40	30	20.97
41 - 45	63	44.05
46 - 50	29	20.27
51 - 55	06	4.19

\bar{X} = 42.16 Años.

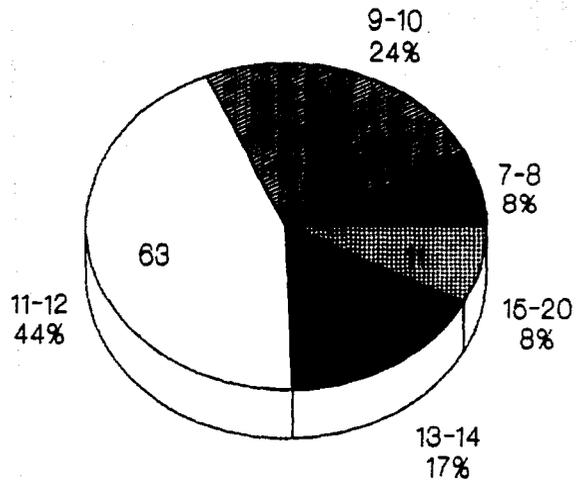
Rango 27-55 Años.



SDG POR USG

FUENTE: H.R.L.A.L.M.

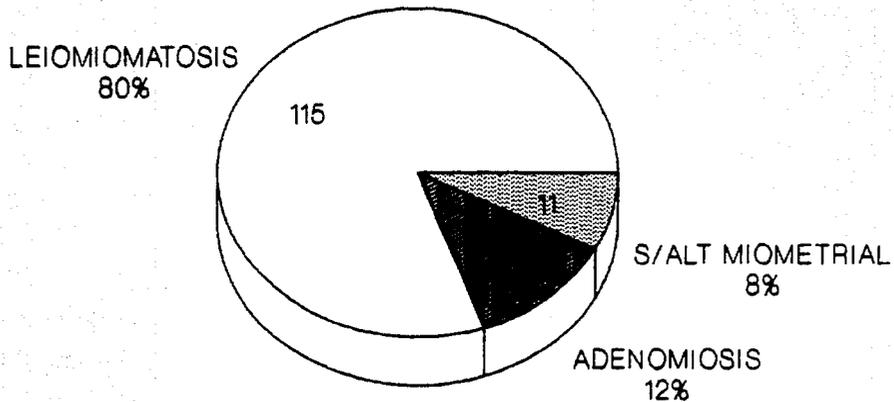
GRAFICA 1.



SDG POR CLINICA

FUENTE: H.R.L.A.L.M.

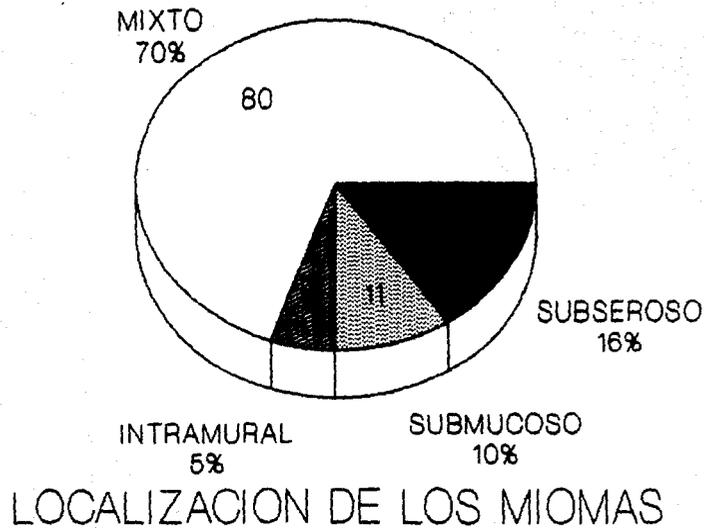
GRAFICA 2.



REPORTE HISTOPATOLOGICO

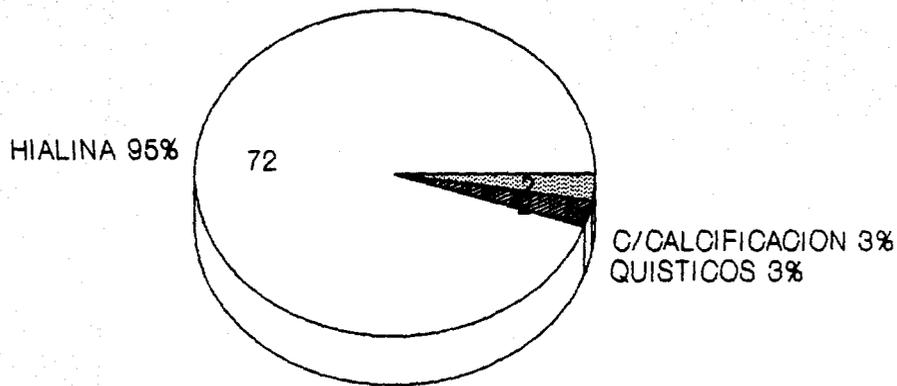
FUENTE: H.R.L.A.L.M.

GRAFICA 3.



FUENTE: H.R.L.A.L.M.

GRAFICA 4.



TIPOS DE DEGENERACION

FUENTE: H.R.L.A.L.M.

GRAFICA 5.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Adamson D. Treatment of uterine fibroids current findings with gonadotropin-releasing hormone agonist. Am J Obstet Gynecol. 1992;166:746-51
- 2.- Akkersdijk G, Flu P, Giard R y cols. Malignant leiomyomatosis peritoneals disseminata. Am J Obstet Gynecol - - 1990;163:591-3
- 3.- Andolf E, Jørgensen C, Astedt B. Ultrasound examination - for detector of ovarian carcinoma in risk groups. Obstet Gynecol 1990;75:106-9
- Barton D, Cavanagh D, Roberts W y cols. Radical hysterectomy for treatment of cervical cancer: A prospective -- study of two methods of closed-suction drainage. Am J - Obstet Gynecol 1992;166:533-7
- 5.- Chandrasekhar Y, Heiner J, Osuamkpe y cols. Insulin-Like growth factor I and II binding in human myometrium and leiomyomas. Am J Obstet Gynecol 1992;166:64-9
- 6.- Dilts P, Hopkins M, Chang A y cols. Rapid growth of leiomyoma in patients receiving tamoxifen. Am J Obstet Gynecol 1992;166:167-8
- 7.- Dubuisson JB, Lecuru F, Foulot H y cols. Myomectomy by -- laparoscopy : a preliminary report of 43 cases. Fertil Steril 1991;56:827-30

- 8.- Felding CH, Jensen LM, Tomesen H. Influence of alcohol -- intake on postoperative morbidity after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1992;166:667-70
- 9.- Fuchtnner C, Manetta A, Walker J y cols. Radical hysterectomy in the elderly patient: Analysis of morbidity. Am J Obstet Gynecol 1992;166:593-7
- 10.- Gambone JC, Lench SB, Slesinsky MJ y cols. Validation of hysterectomy indications and the quality assurance -- process. Obstet Gynecol 1989;73:1045-9
- 11.- Gambone JC, Reiter DC, Lench JB y cols. The impact of a quality assurance process on the frequency and confirmation rate of hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1990; 163:545-50.
- 12.- Lumsden MA, West CP, Baird DT. Tamoxifen prolongs luteal phase in premenopausal women but has no effect on the size of uterine fibroids. Clin Endocrinol 1989;31:335-43.
- 13.- Mattingly FR, Thompson DJ. Te Linde Ginecología operativa. Sexta edición. Barcelona: Editorial El Ateneo, 1990:172-219
- 14.- Meloni AMN, Surti U, Contento AM y cols. Uterine leiomyomas: Cytogetic and Histologic profile. Obstet Gynecol 1992;80:209-17

- 15.- Peters WA,Howard DR,Andersen WA y cols.Deoxyribonu- --
cleic acid analysis by flow cytometry of uterine lei- --
omyosarcomas and smooth muscle tumors of uncertain - --
malignant potential.Am J Obstet Gynecol 1992;166:1646-
54.
- 16.- Reiter RC,Wagner PL,Gambone DO.Routine hysterectomy --
for large asymptomatic uterine leiomyomata.A Reapprai--
sal.Obstet Gynecol 1992;79:481-4
- 17.- Sutton GP,Blessing JS,Barrett RJ y cols.Phase trial of
ifosfamide and mesna in leiomyosarcoma of the uterus.A
Gynecol oncology group study.Am J Obstet Gynecol 1992;
166:556-9