

11217
15
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZANA

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

OCT. 13 1994
SERVICIO DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
AMS

CORRELACION DIAGNOSTICA CLINICA-
ULTRASONOGRAFICA CON REPORTE
HISTOPATOLOGICO DE LA HISTERECTO-
MIA ABDOMINAL POR LEIOMIOMATOSIS
UTERINA

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A
DR. JOSE LUIS BAEZA BOTELLO



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1994



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

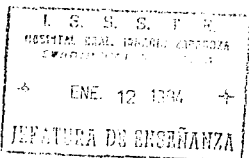
Ricardo E. Van Pratt
DR. RICARDO E. VAN PRATT MARQUEZ
COORDINADOR DEL SERVICIO Y TITULAR
DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Ramon Carpio Solis
DR. RAMON CARPIO SOLIS
JEFE DE ENSEÑANZA, PROFESOR ADJUNTO
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
COORDINADOR DE TESIS

Miguel Angel Quisberth Cordero
DR. MIGUEL ANGEL QUISBERTH CORDERO
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA .
ASESOR DE TESIS

Juan Manuel Barrera Ramirez
DR. JUAN MANUEL BARRERA RAMIREZ
JEFE DE INVESTIGACION

Jorge Negrete Corona
DR. JORGE NEGRETE CORONA
COORDINADOR DE CAPACITACION,
INVESTIGACION Y DESARROLLO



D E D I C A T O R I A

A MIS PADRES:

LUIS Y MA. TRINIDAD

Por haberme dado la vida,
por su sacrificio y dedi-
cación que hizo posible -
la realización de mis sue-
ños.

A MIS HERMANOS:

JOSEFINA

DANIEL

ALMA ROSA

EDUARDO Y

LILIA

Por su apoyo, confianza y
cariño indispensables pa-
ra mí.

A MI TIO RAFAEL Y

A SU ESPOSA JUINY

Por su ayuda y consejos
en mis momentos difíciles.

A Pbro. EPRAIN HERNANDEZ D.

Por su amistad incondicio-
nal y por la ayuda presta-
da para la realización de
este trabajo.

AL HOSPITAL REGIONAL

"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

Por formarme como Gineco-
Obstetra.

A MIS PACIENTES

Por haber confiado
ciegamente en mí...
.... Para que yo-
aprendiera en ellas.

AL DR. MIGUEL ANGEL QUISBERTH C.

Por su enseñanza transmitida y
por haber aceptado asesorarme
para la realización de este -
trabajo.

A MIS MAESTROS

Por haberme tenido
paciencia y por
transmitirme sus
conocimientos y -
sus experiencias.

A TODOS MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

Por su amistad, por
por ayudarme a salir
adelante en momentos
difíciles y por las
tristezas y alegrías
que compartimos jun-
tos.

I N D I C E

I N T R O D U C C I O N	1
LEIOMIOMATOSIS UTERINA	
-Concepto	3
-Incidencia	3
-Etiología	3
-Anatomopatología	4
-Cuadro clínico	6
-Diagnóstico	7
-Tratamiento	8
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	
-Antecedentes históricos.....	9
JUSTIFICACION	11
OBJETIVO	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	15
TABLAS	18
GRAFICAS	38
CONCLUSIONES	54
COMENTARIO	55
BIBLIOGRAFIA	56

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

Durante los últimos años la medicina ha experimentado una enorme evolución en cuanto a recursos para realizar diagnósticos por métodos paraclínicos. De entre estos el ultrasonido en ginecología y obstetricia ocupa un lugar determinante en la valoración de diversos estados nosológicos.

La aplicación clínica del ultrasonido en ginecología fué iniciada por Ian Donald, quién sentó las bases en el diagnóstico con este método que hoy en día es de empleo común (7).

Es reconocido que el ultrasonido es un instrumento esencial en el diagnóstico de la obstetricia moderna. Algunos investigadores muestran la utilidad del ultrasonido en diversas condiciones obstétricas como: retardo en el crecimiento intrauterino, estimación de la edad gestacional, localización de la placenta, etc.

Aunque la importancia del ultrasonido en obstetricia es bien clara, en ginecología es incierta, el máximo de beneficio de los estudios ultrasonográficos se alcanza cuando existe una buena integración de las imágenes ultrasonográficas con el cuadro clínico (8).

En algunas ocasiones es difícil determinar por métodos clínicos la presencia de tumoraciones que correspondan al útero. Generalmente éstas tumoraciones consisten en tejidos blandos penetrables por ultrasonido y por lo tanto bien delimitados por éste método. Sin embargo, debido a la gran variedad morfológica de las tumoraciones pévicas el uso del ultrasonido como método diagnóstico ginecológico es más difícil y menos específico que cuando se utiliza en obstetricia (3).

La medicina actual demanda métodos auxiliares diagnósticos de ciertas enfermedades, que permiten llegar a un máximo de certeza diagnóstica para poder brindar el mayor de los beneficios y así evitar manejos quirúrgicos innecesarios en mujeres con problemas ginecológicos, situación que se presenta cuando por ultrasonido se tiene diagnóstico de miomatosis uterina de pequeños elementos y durante la cirugía no se corrobora la presencia de miomas, encontrando en cambio datos compatibles con congestión pévica crónica, adenomiosis o alguna otra patología que posteriormente se confirma con

el reporte histopatológico de la pieza quirúrgica; es decir, el diagnóstico de certeza y definitivo es el histopatológico.

LEIOMIOMATOSIS UTERINA

CONCEPTO:

El leiomioma es un tumor benigno bien circunscrito, no encapsulado, compuesto de músculo liso, con algunos elementos de tejido conjuntivo (6).

INCIDENCIA

La incidencia exacta del leiomioma no se conoce pero se considera que ocurre en una de cada 4 o 5 mujeres en edad reproductiva, siendo el tumor pélvico más frecuente en la mujer. Se observa con mayor frecuencia entre los 30 y 45 años de edad. Después de la menopausia no suelen presentarse nuevos tumores y los ya existentes disminuyen de tamaño aunque no desaparecen (5).

ETIOLOGIA

Townsend sugiere que al menos tres son los factores responsables de la transformación neoplásica inicial: estrógenos, progesterona y hormona del crecimiento, que influyen quizá en el crecimiento de la tumoración (11).

La tendencia de los miomas a aparecer durante la vida reproductiva, crecer durante el embarazo y disminuir durante la menopausia, implican a los estrógenos como un factor en la patogénesis del tumor. Observaciones bioquímicas, tienden a suponer la hipótesis "estrogénica". Wilson y Coles, reportan una alta concentración de receptores para estrógenos en la leiomiomatosis, comparada con el miometrio normal del mismo útero. Estas observaciones sugieren el estrogenismo local (5,12).

Los niveles séricos de hormona del crecimiento durante el embarazo y el lactógeno placentario humano, similar en estructura y actividad a la hormona del crecimiento, han demostrado que su incremento favorece el crecimiento de los miomas observados durante el embarazo, quizá por el efecto sinérgico del estradiol y la hormona lactógena placentario más que por el estradiol solo.(5).

Algunos estudios sugieren que la progesterona inhibe el crecimiento de los miomas, sin embargo, no está bien demostrado éste hecho (1).

1

No existen suficientes datos para tener una conclusión en -- cuanto a la etiología de la leiomiomatosis uterina. Es claro que - la leiomiomatosis deriva de células de músculo liso y que su creci- miento está influenciado por varios factores.

ANATOMOPATOLOGIA

Por lo general los miomas son múltiples, discretos y esféri-- cos, en ocasiones tienen lobulaciones regulares que varían de tama ño desde proporciones microscópicas hasta tumoraciones gigantes -- que llegan a pesar hasta 50 Kgs. En el exámen macroscópico al cor-- te transversal el tumor tiene un color de piel de búfalo, son red-- dondeados lisos y de consistencia firme. Un mioma típico en desa-- rrollo revela un patrón de remolinos de músculo liso y tejido con-- junctivo fibroso en proporción variable (5).

CLASIFICACION

Los miomas uterinos se originan en el miometrio y se clasifi-- can por su localización en : submucosos, intramurales y subserosos

Los miomas submucosos se encuentran debajo del endometrio y - tienden a comprimirlo a medida que se desarrollan hacia la luz ut-- rina. Pueden desarrollar pedículos y hacer prociencia por comple-- to en el interior de la cavidad uterina e incluso pasar a través - del conducto cervical encontrándose todavía unidos al cuerpo uteri-- no por un tallo largo quedando expuestos a torción o infección, -- procesos que deben tomarse en cuenta antes de iniciar el tratamien-- to.

Los miomas intramurales nacen en el interior de la pared ute-- rina dándole una consistencia variable. Constituyen el tipo de lo-- calización más frecuente de los miomas.

Los miomas subseroso o subperitoneales pueden hallarse justo-- en la superficie serosa del útero o pueden aparecer hacia el exte-- rior saliendo del miometrio. Estos tumores externos tienden a sur-- pediculados. Si un mioma seroso pediculado adquiere circulación -- sanguínea extrauterina a partir de los vasos del epipiún, su pedi-- culo puede atrofiarse y reabsorberse; se dice entonces que el mio-- ma es un parásito. Existen miomas subseroso que se desarrollan en--

tre el ligamento ancho, recibiendo entonces el nombre de intraligamentosos (5,6).

ESTRUCTURA MICROSCOPICA.- Las fibras de músculo estriado se encuentran dispuestas en haces entrelazados de tamaño variable que corren en diferentes direcciones. Los tumores se encuentran demarcados de la musculatura normal circunvecina por una pseudocapsula de tejido areolar y miometrio comprimido.

CAMBIOS SECUNDARIOS QUE PUEDEN SUFRIR LOS MIOMAS

A) DEGENERACION BENIGNA

- 1) Degeneración atrofica.- Los síntomas y signos se revierten a medida que el tamaño del tumor disminuye, lo cuál ocurre con la menopausia y el embarazo
- 2) Degeneración hialina.- Los miomas maduros o antiguos son de color blanco, pero contienen a menudo zonas suaves y gelatinosas de color amarillento.
- 3) Degeneración quística.- Es cuando un mioma con degeneración hialina sufre licuefacción, quedando el mioma de contenido liquido.
- 4) Degeneración cálcica.- Los miomas subserosos pueden ser afectados por obstrucción circulatoria, lo cuál provoca precipitación del carbonato de calcio y del fosfato en el interior del tumor.
- 5) Degeneración séptica.- La insuficiencia circulatoria puede provocar necrosis de la porción central del tumor, seguida de infección.
- 6) Degeneración roja.- La trombosis y congestión venosa con hemorragia intersticial origina la coloración de un mioma que sufre degeneración roja, es la más frecuente durante el embarazo.
- 7) Degeneración mixematosa (grasa). Es infrecuente, sigue a la degeneración hialina y quística.

B) DEGENERACION MALIGNA

Es una transformación neoplásica que puede evolucionar a leiomioma sarcoma, es muy rara, se menciona que se presenta en 0.1 a 0.5%.

D A T O S C L I N I C O S

La leiomiomatosis uterina no necesariamente produce síntomas y aún los miomas más grandes pueden pasar inadvertidos por la paciente, en particular si es obesa. Los síntomas de los miomas dependen de su localización, número, tamaño y preservación, así como también de si la paciente está embarazada o no. Se estima que del 20 al 50% producen síntomas (1).

HEMORRAGIA: Es la manifestación clínica más importante de los miomas y se presenta en aproximadamente el 30% de las pacientes-- (5).

Es muy probable que la hemorragia de un mioma submucoso se deba a distorsión o confusión de los vasos circundantes o ulceración del endometrio suprayacente. Es más frecuente que la paciente tenga menstruación prolongada e intensa, pero también puede desarrollar cualquier variante de todos los tipos de sangrado uterino anormal. Se menciona también que la hemorragia asociada a leiomiomatosis sea causada por interferencia con la contractilidad -- normal.

La hemorragia intermenstrual puede presentarse en pacientes-- con un tumor que tiene zonas de trombosis venosa endometrial y -- necrosis en su superficie, en particular si es pediculado y tiene una protrusión parcial o total a través del conducto cervical.

Cuando la hemorragia es intensa y prolongada la paciente pugna de desarrollar anemia importante (5).

D O L O R: Este es raro con la presentación de los miomas per se, -- pero puede deberse a degeneración en el interior del tumor después de obstrucción circulatoria o infección, torsión de un tumor pediculado o contracciones miométriales para expeler un mioma submucoso de la cavidad uterina. En grandes tumores suele presentarse sensación de pesadez en la región pélvica. Los tumores que se incrustan en la pelvis ósea pueden producir compresión nerviosa y dar dolor que se irradia a la espalda o extremidades inferiores. El dolor producido por un mioma con degeneración roja, puede simular

EFFECTOS DE PRESION: Los tumores intraligamentosos o intramurales pueden producir obstrucción a otros órganos. Los tumores parásitos causan obstrucción intestinal si son grandes o afectan epiploon, o intestino. Los tumores cervicales pueden producir dispareunia o hemorragia vaginal, y cuando son muy grandes pueden producir compresión a uréteres, vejiga o recto, produciendo de ésta forma síntomas urinarios, hidrouréter y/o constipación.

INFERTILIDAD: El mioma como causa de infertilidad se reporta solo en el 2 al 10% de las pacientes. Se cree que dicha infertilidad se debe a muchas causas como anovulación intermitente, movilidad uterina o tubaria anormal, interferencia con el transporte del espermatozoide o flujo sanguíneo anormal.

El aborto espontaneo se presenta en 19 a 41% de las pacientes - con miomatosis uterina (5).

D I A G N O S T I C O

El diagnóstico de presunción de leiomiomatosis uterina puede ser hecho mediante una historia clínica completa, con un interrogatorio bien dirigido y una exploración ginecológica adecuada. A la palpación abdominal puede demostrarse un útero aumentado de volúmen si éste se encuentra desplazado fuera de la pelvis o el tumor es grande. El diagnóstico es obvio cuando el contorno uterino normal - está distorcionado por una o más masas firmes, esféricas, lisas y de tamaño variable; pero con frecuencia no es posible tener absoluta certeza de que dichas masas sean parte del útero; siempre debe descartarse embarazo como causa de aumento del tamaño uterino. Un mioma uterino pediculado puede verse protruir en el orificio cervical como una masa lisa rosada en el caso de los miomas submucosos.

Existen varios métodos auxiliares diagnósticos en leiomiomatosis uterina. Entre ellos las radiografías de pelvis son útiles cuando se trata de masas grandes, las que se muestran como imágenes de tejidos blandos, sin embargo, su mayor atención se enfoca a un mioma por calcificación dentro del tumor.

UROGRAFIA INTRAVENOSA.-Tiene gran utilidad cuando se trata de cualquier masa pélvica, debido a que con frecuencia revela desviación ureteral o compresión, e identifica anomalías genitourinarias.

HISTEROSALPINGOGRAFIA.-Puede revelar la presencia de deformidades dentro de la cavidad uterina con irregularidades que pueden sugerir la presencia de leiomiomas submucosos.

HISTEROGRAFIA E HISTEROSCOPIA.-También pueden demostrar la presencia de leiomiomas submucoso en la paciente infértil.

ULTRASONOGRAFIA.-El ultrasonido juega un papel importante en el diagnóstico de leiomiomatosis uterina. Generalmente si un mioma es grande, tiene límites que son regulares y transmite los sonidos pobremente. Es posible demostrar la continuidad de un mioma con el útero, una observación que elimina el ovario como origen de la masa y minimiza el diagnóstico diferencial considerablemente. Sin embargo, un mioma subseroso puede ser indiferenciado ultrasonográficamente de un tumor sólido de ovario. Existe una gran variación en las propiedades sónicas del mioma (2). Aunque el ultrasonido ha alcanzado un alto grado de excelencia técnica, nunca debe ser substituto de un exámen pélvico minucioso.

TRATAMIENTO

El tratamiento en muchos de los casos no es necesario, en especial si la mujer se encuentra asintomática, si el tumor es pequeño o la paciente se encuentra en la menopausia. Para aquellas pacientes con síntomas importantes la cirugía es el tratamiento de elección. En caso de que la fertilidad se desee conservar, la miomectomía es el mejor tratamiento. En la mayoría de los casos sintomáticos el tratamiento de mejor elección es la histerectomía. Si los tumores son pequeños, la histerectomía puede realizarse por vía vaginal, particularmente si se asocia a una buena relajación pélvica. Sin embargo, en la mayoría de los casos se prefiere la histerectomía abdominal (2).

HISTERECTOMIA ABDOMINAL.

ANTECEDENTES HISTORICOS

La historia de la histerectomía ha sido reseñada por diversos autores entre ellos Leonardo, Marthieu, Henrotting, Noble y Cianfroni. Si bien no se tienen avances significativos en la técnica de la histerectomía hasta el siglo XIX, se han documentado intentos quirúrgicos previos. La histerectomía vaginal fué realizada muchos siglos antes de practicar la histerectomía abdominal, la primera histerectomía que se realizó fué en el siglo II d.C. y generalmente la indicación consistía en prolapso uterino e inversión uterina.

Los primeros intentos de histerectomía abdominal por lo general se relacionaron con casos en los cuales leiomiomas uterinos -- fueron erróneamente diagnósticados como quistes de ovario. Para el año 1800 la extirpación abdominal del útero por leiomiomas o cualquier otra indicación se consideraba impracticable ;se extirpaba-- con menos dificultad y temor miomas pediculados. La primera miomectomía vaginal fué realizada por Amussat en Francia en 1840 (4).

Washington L. Atlee de Lancaster, Pennsylvania, llevó a cabo la primera miomectomía abdominal exitosa el 28 de agosto de 1844, sin llegar a extirpar el útero en su totalidad (4).

El primer intento de histerectomía total abdominal se llevó a cabo en 1825 por Lansenbek en una paciente con carcinoma cervicouterino avanzado. La cirugía duró 7 horas y la paciente falleció 4 horas después.

La primera histerectomía total abdominal planificada para la extirpación de leiomiomas uterinos fué realizada en 1846 por John-Bellinger de Charleston, Carolina del Sur, la paciente falleció 5 días después de la operación(4).

La primera histerectomía abdominal exitosa aunque no programada para extirpación de leiomiomas uterinos fué realizada por Walter Buhm de Lowell Massachusetts el 26 de junio de 1853 (4).

El primero de septiembre de 1853 G. Kimball de Lowell Massachusetts fué el primero en llevar a cabo con éxito una histerectomía abdominal planificada con un diagnóstico preoperatorio correcto de leiomiomatosis uterina (4).

Al principio la mayoría de las pacientes que se sometían a una histerectomía abdominal fallecían como consecuencia de la hemorragia y el shock. En 1889 Simson describió la técnica para la ligadura individual de las arterias uterinas y ováricas con lo cual se logró disminuir la incidencia de hemorragia postoperatoria. Actualmente con el uso de transfusiones sanguíneas, mejores técnicas anestésicas y el uso de antibióticos, la morbimortalidad para histerectomía es muy baja, pudiendo observarse complicaciones diversas hasta de un 5 % entre ellas, infección, hemorragias, lesiones ureterales, fistúlas, etc., la tasa de mortalidad relacionada con la histerectomía en la mayoría de las instituciones es de 1 a 2 por 100 casos(1).

La importancia de establecer las indicaciones adecuadas para la histerectomía requiere principalmente de un conocimiento cabal de los tejidos, de los órganos reproductores femeninos, de las manifestaciones clínicas y del desarrollo psicosexual normal y anormal. A partir de estos conocimientos el médico debe decidir si una paciente necesita tratamiento quirúrgico, teniendo presente que solo un pequeño subgrupo de pacientes requieren tratamiento quirúrgico para solución de sus problemas. Es indudable que una histerectomía efectuada con indicaciones adecuadas puede restaurar la salud e incluso salvar la vida de una paciente (4). Sin embargo, en la práctica ginecológica es frecuente observar innumerables mujeres en quienes se ha recomendado la histerectomía sin indicaciones propias, lo cual refleja una falta de comprensión cabal de la patología ginecológica. Por otro lado toda paciente que se va a someter a histerectomía total abdominal debe recibir una información suficiente y adecuada antes de realizar el procedimiento, sobre todo si se trata de mujeres jóvenes o nulíparas, para poder ofrecer un tratamiento integral, es decir, debemos tomar en cuenta que una histerectomía puede provocar en una mujer una situación de crisis, en la cual experimentará una diversidad de interacciones variables e innecesarias. A toda paciente que se someterá a histerectomía le preocupa los efectos que ésta producirá sobre sus relaciones matrimoniales y sobre su propia imagen de femeneidad. Por todo esto se debe estudiar bien a la paciente, tener un diagnóstico bien fundamentado y dar un apoyo emocional adecuado.

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

En vista de que la miomatosis uterina es la patología más frecuente en las mujeres que acuden a la consulta ginecológica (60%), nos vemos en la necesidad de hacer un estudio epidemiológico en el que se correlacione el diagnóstico clínico-ultrasonográfico con un reporte definitivo de histopatología; con lo cual se pueda determinar un porcentaje aproximado de pacientes que fueron sometidas a -- histerectomía abdominal por diagnóstico de miomatosis uterina y -- que no ameritaban tratamiento quirúrgico (porcentaje que se considera que es alto). De esta forma tratar de seleccionar bien a nuestras pacientes en base a un protocolo de estudio bien establecido antes de tomar dicha conducta, y así disminuir el número de cirugías innecesarias, consecuentemente disminuir el número de pacientes afectadas tanto psicológica, social y sexualmente, como -- también disminuir la morbimortalidad y costos de hospitalización.

O B J E T I V O

La finalidad de nuestro estudio es encontrar la epidemiología de la histerectomía abdominal por miomatosis uterina, elaborando un estudio retrospectivo en pacientes que fueron sometidas a dicho procedimiento en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". De ésta forma establecer una correlación de diagnóstico clínico-ultrasonográfico con el reporte definitivo de histopatología que nos demuestre el porcentaje de histerectomías innecesarias y nos obligue a estudiar mejor a nuestras pacientes en base a un protocolo de estudio bien establecido para pacientes que presenten sintomatología que sugiera la posibilidad de miomatosis uterina y disminuir el número de histerectomías abdominales en nuestra unidad, eliminando los casos en que el diagnóstico no se justifique.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

El siguiente estudio se realizó en forma retrospectiva en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" en el periodo comprendido del 1º de octubre de 1990 al 30 de septiembre de 1993. Consultando primero la libreta de registro de procedimientos quirúrgicos ginecológicos y posteriormente expedientes que fueron encontrados en archivo clínico de éste nosocomio, de pacientes que fueron sometidas a histerectomía abdominal por diagnóstico clínico-ultrasonográfico de miomatosis uterina. En la libreta de procedimientos quirúrgicos ginecológicos se encuentran registradas un total de 1029 cirugías de las cuales 395 fueron histerectomía abdominal por diagnóstico antes mencionado, lo que corresponde a un 38.3% de el total de cirugías realizadas en el periodo arriba mencionado. De éstas 395 pacientes, solo se logró captar 261 expedientes en archivo clínico, con una faltante de 134 expedientes, los cuales no se incluyeron en el estudio.

La finalidad de éste estudio es realizar una correlación de diagnóstico clínico-ultrasonográfico con reporte histopatológico que nos de un reporte real de la cirugía bien indicada, así como la que se realizó sin fundamento clínico-ultrasonográfico.

Los criterios de inclusión que se vió por conveniente tomar en cuenta, fueron los expedientes clínicos de pacientes que se sometieron a histerectomía abdominal por diagnóstico de miomatosis uterina tanto por clínica como por ultrasonido, en los cuales se contaba también con un reporte definitivo de parte de histopatología.

Las variables que se tomaron en cuenta fueron las siguientes;

Edad de la paciente, antecedentes gineco-obstétricos como: menarca-rítmo menstrual, inicio de vida sexual activa, número de gestas, --partos, abortos, cesáreas, antecedente de salpingoclasia bilateral, tiempo transcurrido de la salpingoclasia bilateral a la fecha en - que se realizó la histerectomía, detección oportuna de cáncer, ma-nifestación clínica más frecuente, diagnóstico transoperatorio em tido por el médico que realizó la cirugía y diagnóstico definitivo y de certeza por parte del servicio de histopatología.

Las cifras de los resultados se expresan en números absolutos y se hace un análisis proporcional de los resultados para facili-tar su comprensión.

El análisis de los resultados se limita a todos aquellos ca-sos en los cuales fué posible correlacionar un diagnóstico preope-ratorio clínico-ultrasonográfico con un reporte definitivo del ser-vicio de histopatología.

R E S U L T A D O S

De los 261 expedientes analizados de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal con diagnóstico clínico-ultrasonográfico de miomatosis uterina en un periodo comprendido del 1º de octubre de 1990 al 30 de septiembre de 1993 en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", se obtuvieron los siguientes resultados;

La edad de las pacientes oscila entre los 20 y 55 años de edad, 231 pacientes (88.5%) se encuentran en edad comprendida entre los 30 y 49 años (Tabla 1, gráfica 1).

La menarca se presentó entre los 9 y 15 años de edad, encontrándose que un 62% de las pacientes presentaron su primera menstruación entre los 12 y 13 años de edad (Tabla 2, gráfica 2).

De las 261 pacientes, 237 (90.8%) habían tenido ciclos menstruales regulares antes de iniciar con sintomatología correspondiente a la patología por la que ingresaron a esta unidad (Tabla 3, gráfica 3).

141 pacientes (54.02%) del total, habían iniciado vida sexual antes de los 24 años, 6 pacientes (2.29%) no habían tenido relaciones sexuales (tabla 4, gráfica 4).

En relación a las gestaciones se encontró que 192 pacientes (73.5%) se habían embarazado de 1 a 5 veces; 57 pacientes (22%) se habían embarazado más de 6 veces, máximo de embarazos fueron 12, hubo 12 pacientes nuligestas (Tabla 5, gráfica 5).

De las 261 pacientes estudiadas, 225 (86.2%) tuvieron partos alguna vez, de éstas; 186 (82.66%) tuvo de 1 a 5 partos, 36 (16%) tuvieron de 6 a 10 partos. Se reportaron 36 casos (13.7%) del total de pacientes estudiadas, con paridad nula, de las cuales 6 tenían diagnóstico de infertilidad y 6 fueron nublitas (Tabla 6, gráfica 6).

A 42 pacientes se les había realizado cesarea alguna vez, -- que constituyen el 16.09% del total de pacientes estudiadas. De las pacientes con antecedente de cesarea a 27 (64.28%) se les realizó ésta operación en solo una ocasión, y a 3 de ellas se les había realizado dicho procedimiento en 4 veces (Tabla 7) gráfica).

De las pacientes con antecedente de aborto, hubo 108 casos, - de los cuales 78(72.2%)habían abortado solo una vez, y 30 (27.5%) lo habían presentado en 2 o más veces (tabla 8, gráfica 8).

102 casos (39.08%) del total de pacientes estudiadas, tenían antecedente de salpingoclasia bilateral y el tiempo que había transcurrido de la salpingoclasia a la fecha en que se realizó la histerectomía fué de 5 a 14 años en 82% de las pacientes que se les - había realizado dicho procedimiento. (tabla 9 y 10, gráfica 9 y 10)

Las manifestaciones clínicas más frecuentes por las que acudieron las pacientes a éste hospital fueron; dolor en 69 pacientes (26.4%). Trastornos menstruales, que se presentaron en 201 casos - constituyendo el 70% del total, encontrandose la hipermenorrea y - polimenorrea o asociación de ambas en 91% de los trastornos menstruales; el sangrado uterino postmenopausico se encontró en -- porcentaje muy escaso (1.14%). (tablas 11 y 12, gráficas 11 y 12).

Tomando en cuenta el resultado de Papanicolaou, 27 pacientes (86.9%) tenían reporte de negativo II para CA. Con reporte de negativo I se encontraron 31 casos (11.8%) y solo 3 pacientes con reporte de displasia. (Tabla 13, gráfica 13).

Durante la cirugía se reportó diagnóstico de miomatosis uterina en 243 pacientes (93 %)con quiste de ovario o paratubario asociado en 38 de los casos. Se reportaron 12 uteros normales (4.5%) (tabla 14).

De las 261 histerectomías realizadas; 87 (33.33%) fueron histerectomías simples, 174 (66.6%) fueron histerectomía con salpingooforectomía uni o bilateral (Tabla 15, gráfica 14).

Mediante reporte definitivo de histopatología se encontró miomatosis uterina en 192 casos (73.5%), en 23 pacientes (22.6%)se encontraron otras patologías, entre ellas adenomiosis, hiperplasia - endometrial y displasia severa. Se reportó cervicitis crónica en -- los 261 casos, además de los diagnósticos anteriores (tabla 16, gráfica 15).

La localización más frecuente de los miomas según reporte histopatológico fué la intramural, que se encontró en 165 casos (85.8 %) de los casos reportados como miomatosis uterina (Tabla 17).

El tamaño de los miomas más frecuentemente encontrado fué de pequeños y medianos elementos, lo cual se observó en 135 casos que corresponden a 70.3% del total de casos reportados como miomatosis (tabla 18).

Se encontraron tres tipos de degeneración (hialina, quística y mixoide) 3 casos de cada una de ellas , constituyendo en total- 4.6% de los casos con miomatosis uterina (tabla 19).

Otros diagnósticos emitidos por parte de histopatología fue-- ron quiste de ovario en 30 casos y 18 con hidrosalpinx (tabla 20).

Haciendo una correlación diagnóstica de los resultados obteni dos según las manifestaciones clínicas, ultrasonido, reporte trans operatorio y reporte histopatológico; encontramos que por clínica- y ultrasonido se tiene diagnóstico de leiomiomatosis uterina en 261 pacientes (100%), por reporte transoperatorio se tiene mismo diag- nóstico en 241 pacientes (93.1%) y diagnóstico histopatológico con firmativo de miomatosis uterina en 192 casos(73.54%) encontrando - 36 úteros normales (13.79%) de el total de casos estudiados.(Tabla 21, gráfica 16).

HOSPITAL REGIONAL GENERAL "IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
 ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA.

E D A D

GRUPO DE EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
20 a 29	6	2.29
30 a 39	87	33.33
40 a 49	144	55.17
50 y más	24	9.19
T O T A L	261	100%

TABLA No. 1

HOSPITAL REGIONAL GENERAL "IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
 I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
 ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA.

EDAD A LA QUE SE PRESENTO LA MENARCA

AÑOS	PACIENTES	PORCENTAJE
9	3	1.14
10	3	1.14
11	36	13.79
12	60	22.98
13	102	39.08
14	39	14.94
15	18	6.89
T O T A L	261	100 %

TABLA No. 2

HOSPITAL REGIONAL GENERAL "IGNACIO ZARAGOZA"
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA.

TIPO DE RITMO MENSTRUAL

RITMO	PACIENTES	PORCENTAJE
REGULAR	237	90.0
IRREGULAR	24	9.2
T O T A L	261	100 %

TABLA No. 3

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA
 SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
 I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
 ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA

INICIO DE VIDA SEXUAL

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
15 a 19	141	54.02
20 a 24	78	29.88
25 a 30	27	10.34
más de 30	9	3.44
N U B I L	6	2.29
T O T A L	261	100 %

TABLA No. 4

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA

ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA.

NUMERO Y PORCENTAJE DE EMBARAZOS

EMBARAZOS	PACIENTES	PORCENTAJE
0	12	4.59
I	9	3.44
II a V	183	70.11
VI a X	51	19.54
más de X	6	2.29
T O T A L	261	100 %

TABLA No. 5

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
 I S S S T F

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
 ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA.

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON PARTOS

PARIDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
I a V	186	82.66
VI a X	36	16.0
Más de X	3	1.33
T O T A L	225	100 %

TABLA No. 6.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA

ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA .

No. Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON CESAREAS

CESAREAS	PACIENTES	PORCENTAJE
I	27	64.28
II	6	14.28
III	6	14.28
IV	3	7.14
T O T A L	42	100 %

TABLA No.7

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA "
 SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
 I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
 ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA .

No. Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON ABORTOS

ABORTOS	PACIENTES	PORCENTAJE
I	78	72.22
II	15	13.88
III	9	8.33
IV	6	5.55
T O T A L	108	100 %

TARLA No. 9

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
 I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
 ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA.

PACIENTES CON ANTECEDENTE DE O.T.B.

O. T. B.	PACIENTES	PORCENTAJE
SI	102	39.08
NO	159	60.91
T O T A L	261	100 %

TABLA No.9

TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA O.T.B. A LA
 FECHA DE REALIZADA LA HISTERECTOMIA

AÑOS	PACIENTES	PORCENTAJE
Menos de 5	3	2.94
5 a 9	36	35.29
10 a 14	48	47.03
15 a 16	15	14.70
T O T A L	102	100 %

TABLA No.10

HOSPITAL REGIONAL " GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
 I.S.S.S.T.E.

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
 ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA

MANIFESTACIONES CLINICAS		
MANIFESTACION CLINICA	PACIENTES	PORCENTAJE
D O L O R	33	11.66
DOLOR MAS TRASTORNOS MENSTRUALES	36	13.79
TRASTORNOS MENSTRUALES	165	63.21
TUMORACION	12	4.59
SINTOMAS COMPRESIVOS	9	3.44
SANGRADO UTERINO POSTMENOPAUSICO	3	1.14
DISPAREUNIA	3	1.14
T O T A L	261	100 %

TABLA No. 11

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
 I. S. C. S. T. E.

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
 ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA

TIPO DE TRASTORNOS MENSTRUALES

TRASTORNO MENSTRUAL	PACIENTES	PORCENTAJE
HIPERMENORREA	29	14.40
POLIMENORREA	33	16.41
HIPERPOLIMENORREA	111	55.22
HIPERPOLIPROTIOMENORREA	18	8.97
T O T A L	201	100 %

TABLA No. 12

HOSPITAL REGIONAL " GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOORSTETRICIA

I S S E T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA

ABDOMINAL POR MIONATOSIS UTERINA.

REPORTE DE PAPANICOLAOU

REPORTE DE PAP.	PACIENTES	PORCENTAJE
NEGATIVO I	31	11.87
NEGATIVO II	227	86.97
NEGATIVO III Y DISPLASIA 3		1.14
T O T A L	261	100%

TABLA No.13

HOSPITAL REGIONAL " GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

I S S E T F

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA

DIAGNOSTICO TRANSOPERATORIO

DIAGNOSTICO	PACIENTES	PORCENTAJE
MIOMATOSIS UTERINA	195	74.71
MIOMATOSIS UTERINA MAS		
QUISTE DE OVARIO	30	11.49
MIOMATOSIS UTERINA MAS		
QUISTE PARATUPARIO	18	6.89
ADENOMIOSIS	6	2.29
UTERO NORMAL	12	4.59
T O T A L	261	100 %

TABLA No. 14

HOSPITAL REGIONAL " GENERAL IGNACIO ZARAGOZA "
 SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
 I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
 ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA

TIPO DE CIRUGIA REALIZADA

CIRUGIA	PACIENTES	PORCENTAJE
H.T.A SIMPLE	97	33.33
H.T.A + S.O.B.	75	28.73
H.T.A + S.O.I.	36	13.79
H.T.A. + S.O.D.	63	24.13
T O T A L.	261	100 %

TABLA No.15

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
 ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

DIAGNOSTICO	PACIENTES	PORCENTAJE
MIOMATOSIS UTERINA	159	60.91
MIOMATOSIS UTERINA MAS		
ADENOMIOSIS	33	12.64
ADENOMIOSIS	27	10.34
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	3	1.14
DISPLASIA SEVERA	3	1.14
UTFROS NORMALES	36	13.79
T O T A L	261	100 %

TABLA No. 16

NOTA: De los 261 casos se dió reporte de cervicitis crónica en 100%, además de los diagnósticos - anteriores.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO MARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA

ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA

LOCALIZACION DE LOS LEIOMIOMAS

LOCALIZACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
INTRAMURALES	120	62.50
INTRAMURALES Y SUBMUCOSOS	15	7.81
INTRAMURALES Y SUBSEROSOS	27	14.06
SUBMUCOSOS	24	12.50
SUBSEROSOS Y SUBMUCOSOS	3	1.56
INTRAMURAL-SUBMUCOSO-SUBSEROSO	1	1.56
T O T A L	261	100%

TABLA No. 17

HOSPITAL REGIONAL " GENERAL IGNACIO ZARAGOZA "

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA

ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA

TAMAÑO DE LOS LEIOMIOMAS

TAMAÑO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
GRANDES ELEMENTOS	27	14.06
PEQUEÑOS ELEMENTOS	51	26.56
MEDIANOS ELEMENTOS	54	28.12
GRANDES Y PEQUEÑOS ELEMENTOS	30	15.62
MEDIANOS Y PEQUEÑOS ELEMENTOS	30	15.62
T O T A L	261	100%

TABLA No.18

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA

ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA

CAMBIOS DEGENERATIVOS

DEGENERACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
HIALINA	3	1.56
QUISTICA	3	1.56
NIXOIDE	3	1.56
T O T A L	9	4.68

TABLA No.19

HOSPITAL REGIONAL " GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

I S S S T E

PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA

ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA

OTROS DIAGNOSTICOS EMITIDOS POR

HISTOPATOLOGIA.

(TUMORACIONES ANEXIALES)

TUMORACION	No.DE CASOS
HIDROSALPINX	18
-Izquierdo	8
-Derecho	10
QUISTE DE OVARIO	30
-Hemorrágico o endometriósico	15
-Cistadenoma	12
-Teratoma quístico benigno	3

TABLA No. 20

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

I S S S T E

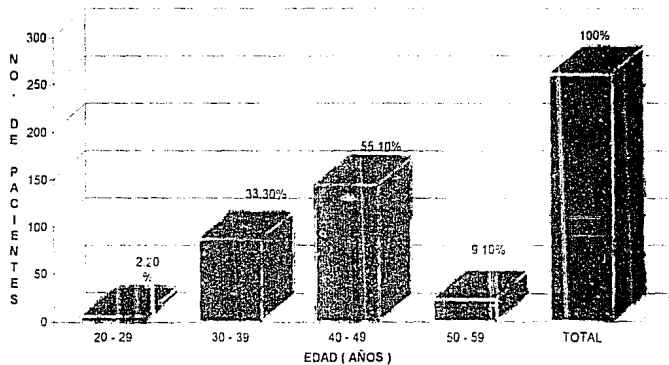
PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
 ABDOMINAL POR MIOMATOSIS UTERINA.

CORRELACION DE DIAGNOSTICO CLINICO-ULTRASONOGRAFICO
 TRANSOPERATORIO Y REPORTE HISTOPATOLOGICO.

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS					
	POR CLINICA + USG		TRANSOPERATORIO		HISTOPATOLOGICO	
	No.	%	No.	%	No.	%
MIOMATOSIS UTERINA	261	= 100%	243	= 93.10%	159	= 60.91%
MIOMATOSIS MAS						
ADENOMIOSIS	0		0		33	12.64%
ADENOMIOSIS	0		6	2.29%	27	10.34%
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	0		0		3	1.14%
DISPLASIA SEVERA			0		3	1.14%
UTERO NORMAL	0		12	= 4.59%	36	13.79%
T O T A L	261	100%	261	100%	261	100%

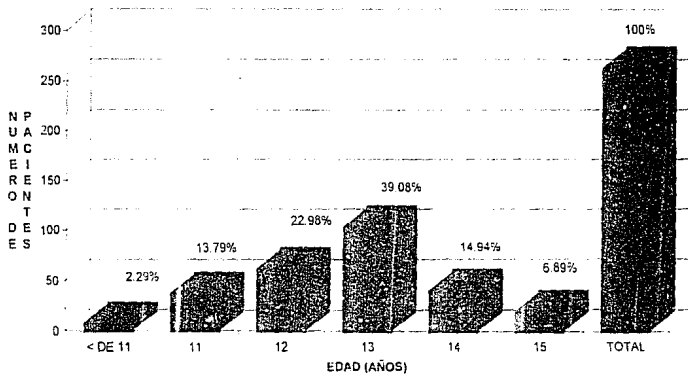
TABLA No. 21

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I. S. S. T. E

PACIENTES POR GRUPOS DE EDADES

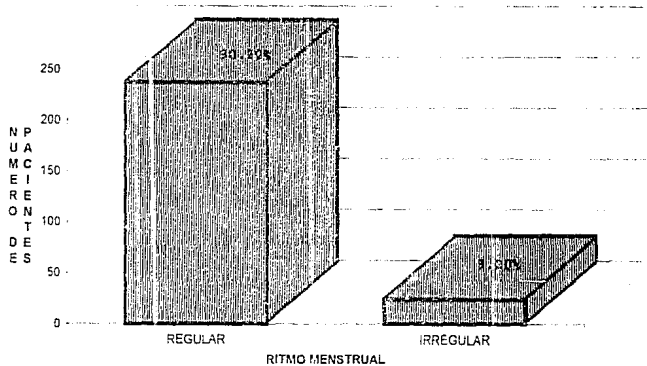
GRAFICA NO.1

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

EDAD EN QUE SE PRESENTO LA MENARCA

GRAFICA NO.2

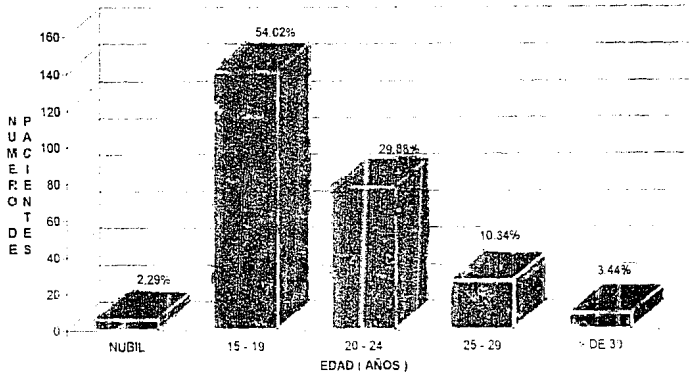
HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.T.E.

TIPO DE RITMO MENSTRUAL EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS

GRAFICA NO.3

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

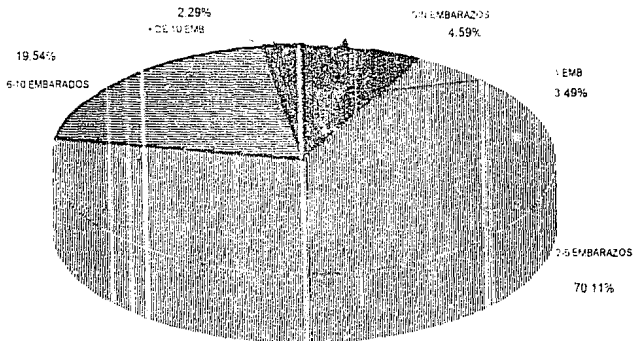
EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA



GRAFICA NO. 4

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I S.S.S.T.E.

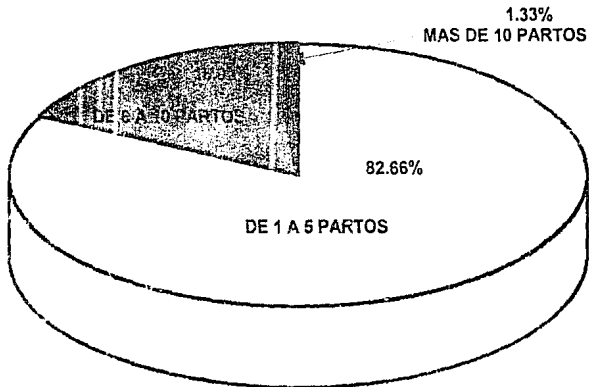
CANTIDAD Y PORCENTAJES DE EMBARAZOS EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS



GRAFICA NO. 5

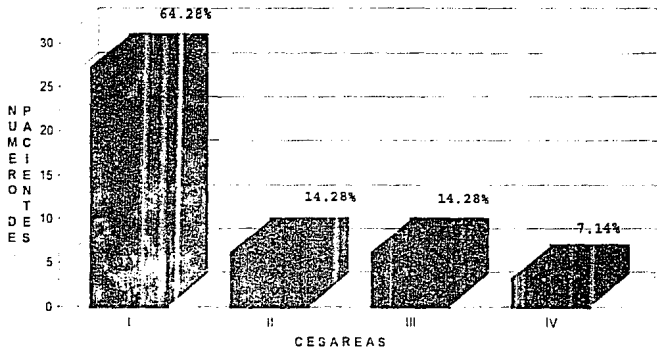
HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I S S S.T.E.

NUMERO Y PORCENTAJE DE PARTOS



GRAFICA NO. 6

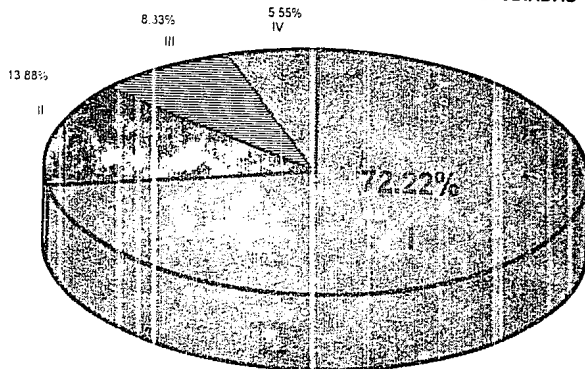
HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA

GRAFICA NO.7

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I S S S T E

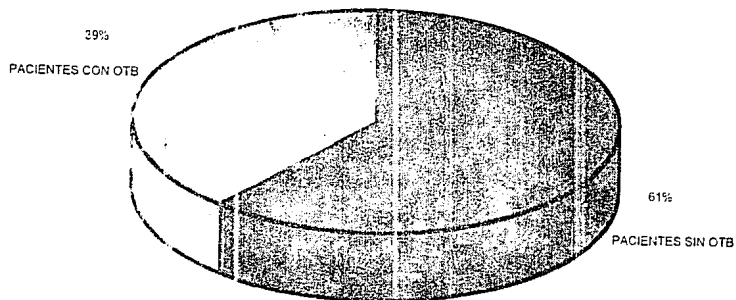
PORCENTAJE DE ABORTOS EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS



GRAFICA NO.8

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

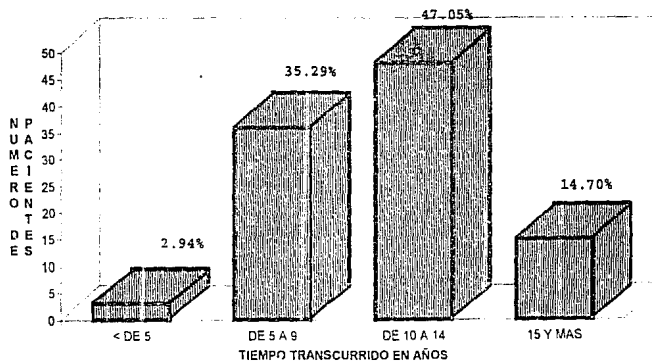
**PORCENTAJE DE PACIENTES CON ANTECEDENTE DE OCLUSION
TUBARIA BILATERAL**



GRAFICA NO 9

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

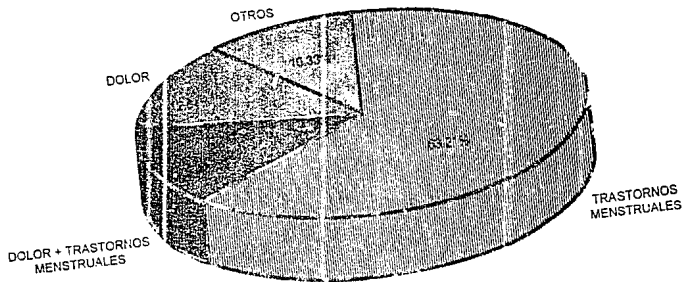
**TIEMPO TRANSCURRIDO DE O.T.B. A LA FECHA QUE SE REALIZO LA
HISTERECTOMIA**



GRAFICA NO 10

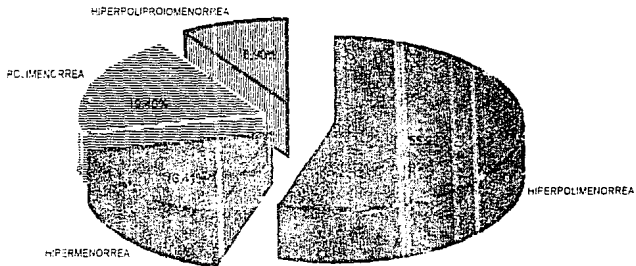
HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.T.E.

PORCENTAJE DE MANIFESTACIONES CLINICAS MAS FRECUENTES



GRAFICA NO. 11

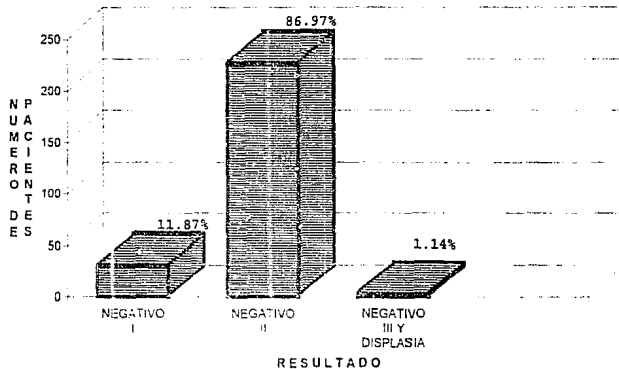
HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

TRASTORNOS MENSTRUALES

GRAFICA NO.12

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

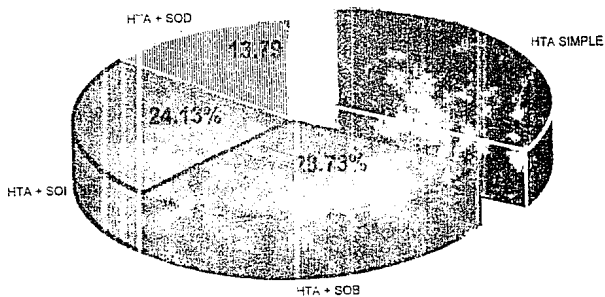
HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.T.E.

RESULTADOS ENCONTRADOS EN PAPANICOLAOU

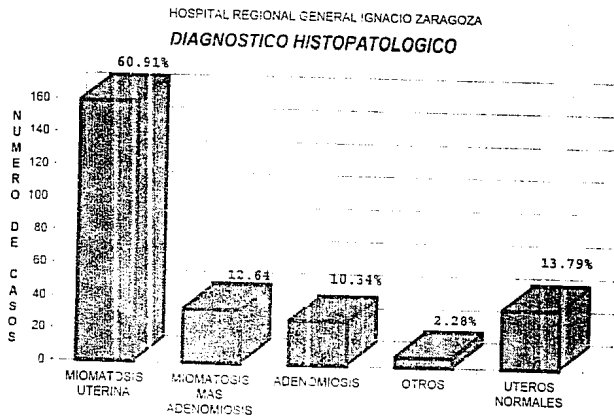
GRAFICA NO.13

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E.

TIPO DE CIRUGIA REALIZADA EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS



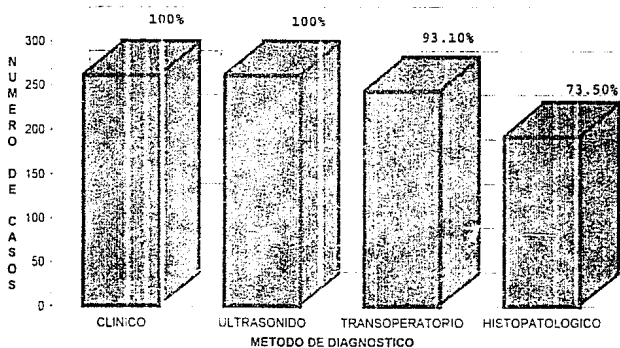
GRAFICA NO. 14



DIAGNOSTICO

GRAFICA NO.15

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA I.S.S.S.T.E

NUMERO Y PORCENTAJE DE CASOS CON MIOMATOSIS UTERINA SEGUN METODO DE DIAGNOSTICO

GRAFICA NO.16

CONCLUSIONES

- 1.-El uso del ultrasonido ocupa un lugar importante en la valoración de diversas entidades nosológicas. Aunque su utilidad en obstetricia es de gran importancia, en ginecología es incierta.
- 2.-El máximo de beneficio con el uso del ultrasonido, se alcanza cuando existe una buena integración de las imágenes con el cuadro clínico.
- 3.-De los problemas ginecológicos, la miomatosis uterina ocupa un lugar importante y el diagnóstico de ésta entidad nosológica, debe ser básicamente clínico y el ultrasonido considerarlo como un método auxiliar de diagnóstico.
- 4.-Hay una mala correlación clínica-ultrasonográfica con reporte histopatológico; pues solo se confirma diagnóstico definitivo de leiomiomatosis uterina en 73% de los casos.
- 5.-La presencia de 51 miomas reportados durante el transoperatorio no confirmados por histopatología, posiblemente se trató de úteros fibrosos de consistencia dura los cuales fueron confundidos con leiomiomas intramurales de pequeños elementos o con adenomiosis.
- 6.-La displasia severa era esperada pues ya se tenía conocimiento de ella por reporte previo de Papanicolaou.
- 7.-La incidencia de adenomiosis es alta, por lo cual se debe tener un diagnóstico clínico bien establecido, y no tomar una conducta en base al ultrasonido; Pues el resultado de éste va a depender en gran parte de la experiencia que tenga quien realiza el estudio.

COMENTARIO

De la cirugía ginecológica que se realiza en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", un 38.3% corresponde a la histerectomía abdominal por miomatosis uterina, diagnóstico apoyado básicamente en el cuadro clínico y ultrasonido. Como resultado final tenemos mediante reporte histopatológico que en un 27% de las pacientes no se confirmó el diagnóstico por el que se sometieron a dicho procedimiento; incluso el porcentaje de úteros normales es alto, todo ello indica que posiblemente muchas pacientes fueron valoradas en forma inadecuada tanto por clínica como por ultrasonido.

SUGERENCIAS:

- Considero que se debe elaborar un protocolo de estudio bien establecido y aplicarse a toda aquella paciente que acuda a nuestra consulta ginecológica con manifestaciones clínicas que sugieran la posibilidad de miomatosis uterina, de ésta forma poder clasificar mejor toda aquella paciente que amerite procedimiento quirúrgico.
- Sería conveniente para nuestra unidad que se pudiera contar con ultrasonido de más alta resolución, con lo cuál considero que disminuirá notablemente el índice de error diagnóstico por éste método paraclínico.

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

- 1.- Buttram, V.C., Reinter, R.C., Uterine leiomyomata; Etiology Symptomatology and management. *Fertil Steril*, 1986, 436:433.
- 2.- Danforth, D.N., Tratado de Obstetricia y Ginecología, 4 Ed. Edit. Interamericana, México, 1987, 1060.
- 3.- Fleishet, A.C., Lamos A.E., Millis, A.B., Differential Diagnosis of pelvic masses by gray Scale sonography. *Am J Roentgenol*, 1985, 141:469.
- 4.- John D. Thomson., John A. Rock., Te Linda Ginecología quirúrgica, 7 Ed. Editorial Panamericana, México, 1993, 593:611.
- 5.- Martín E. Pernotti, Ralph C. Benson., Diagnóstico y Tratamiento ginecoobstétricos; 5 Ed. Edit. El Manual Moderno, México, 1993, 666:669.
- 6.- Novak, E.R., Seegar J.G., Jones, H., Tratado de Ginecología, - 9 Ed. Edit. Interamericana, México, 1986, 352.
- 7.- Quiñoñes, C.V., Kimura, K., Fungorales, J., Stoopen, M., Ultrasonido en ginecología. *Ginec. y Obstet.* México, 1989, 46:403.
- 8.- Reeves, R.B., Inake E.S., Ultrasonography versus clinical evaluation of a pelvic mass. *Obstet. Gynecol.*, 1984, 55:551.
- 9.- Rosales, E.G., Magaña, H.M., Correlación Clínica, ultrasonográfica e histopatológica en ginecología. *Ginecol. Obstet. México*, 1985, 53:254.
- 10.- Sundén, B., On the diagnostic value of ultrasound in obstetric an Gynecol. *Acta Obstet. Gynecol Scand*, 1984, 43 Supp 6, 1.
- 11.- Townsend, D.E., Sparkers, R.S., Baluda, M.C., Unicellular - histogenesis of uterine leiomyomas: as determined by electrophoresis of glucose-6-phosphate dehidrogenase. *Am J Obstet. Gynecol*, 1986, 107:1168.
- 12.- Wilson, E.A., Yang, F., Rees, E.D., Estradiol and progesterone binding in uterine leiomyomata and in normal uterine tissues *Obstet Gynecol*, 1986, 55:20.