

1217
156
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA N° 3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"
I. M. S. S.**



**HIPERTROFIA DE MIOMETRIO
(CORRELACION ANATOMOCLINICA)**

**TESIS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACION EN GINECOOBSTETRICIA
TESISTA**

DR. A. MARIA ALEJANDRA ROMERO SANGHEZ



NOV. 3 1994

**CENTRO MEDICO LA RAZA
Hosp. de Gineco-Obstetricia
DIRECTOR DE TESIS, DR. BRAULIO OTERO FLORES
MEDICO ADSCRITO H.G.O. N° 3, CENTRO MEDICO "LA RAZA"**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1994



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.

DEDICATORIAS

En memoria de mi madre quien siempre me apoyó
y me alentó para seguir adelante con su inmenso cariño
y ternura.

A mi padre que en todo momento ha estado
junto a mi dandome la fortaleza necesaria y --
brindandome su cariño.

A mis hijos ITCELL C. y V. ALEJANDRO
con todo mi amor.

Al DR. BRAULIO OTERO FLORES por su tiempo
y paciencia y gracias a quien fue posible este
trabajo.

A todas las personas que siempre me han
apoyado en especial a quien me alentó a con--
cluir este trabajo.

I T R O D U C C I O N

La descripción inicial donde se relacionaron los sangrados uterinos anormales y el crecimiento del útero, fueron hechos por --- Scanzoni en 1863, sin el uso del microscopio, estableciendo el término de "Metritis crónica" como un estadio final de induración y - fibrosis del útero, y esto, causa de menorragia y dolor.

Esta patología ha recibido diversos nombres tales como: fibrosis uterina, metritis fibrótica, hiperplasia uterina, etc.

En 1907 Shaw efectuó un estudio, encontrando en sus investigaciones que el porcentaje de tejido conectivo en la pared uterina es variable, pero el promedio más alto no fue por encima de 0.8% -- que en uteros normales, el promedio de edad de las pacientes fue de 38.1 años y el promedio de tamaño del útero fue de 10.03x6.04x--- 2.43 cm.

En 1910 se describieron las condiciones en las que se encontraba esta patología (Rabinowitz), siendo un enfermedad de mutiparas, cuyos uteros, con embarazos frecuentes, incrementaban su contenido de tejido fibroso.

En 1917, Blair-Bello, observaron que las mujeres con esta patología, tenían síntomas de leucorrea, hipermenorrea y ocasionalmente sangrados intermenstruales, histológicamente encontró que las paredes del útero estaban agrandadas y compuestas de tejido fibroso, - el endometrio mostraba hipertrofia glandular y las glándulas existentes eran largas y dilatadas.

En 1933 Baker encontró un incremento gradual en el tejido fibroso de acuerdo a la edad en todos los uteros de su serie estudia

da, solamente las pacientes con una enfermedad inflamatoria pélvica crónica como la tuberculosis tuvieron un incremento apreciable -- del tejido fibroso.

Schwars en 1940 describió la subinvolución crónica como resultado de una inabsorción del tejido elástico residual alrededor de arterias y venas, asociado con marcado engrosamiento de la íntima - de los vasos.

En 1941 Berack ,encontró en ratas vírgenes un incremento marcado de tejido conectivo en el tracto reproductor, después de la administración prolongada de estrógenos, siendo esto corroborado por Selye en 1942.

Blomfield reportó dos casos de hipertrofia uterina, seguida de una prolongada administración de estrógenos.

En 1944 Williams y Knney , encontraron que el engrosamiento - promedio del miometrio en estos uteros anormales fué de 2.3 cm.

En 1945 Curtis definió el término de " Hipertrofia del útero como un crecimiento simétrico del útero que tiene una superficie - firme y rígida y al corte revela los vasos sanguíneos prominentes.

En 1947 Shoemaker en su serie estudiada encontró un incremento definitivo en el contenido del tejido fibroso. Excluyendo el -- cérvix, el tamaño promedio del útero fue de 7.2x6.1x3.8 cm. y mantuvo que la hipertrofia muscular juega solamente un papel menor en el crecimiento uterino.

En 1949 Truemner y Kaump utilizaron técnicas especiales de -- extracción química del contenido del tejido conectivo, y medidas micrométricas, concluyendo que una hipertrofia muscular definitivamente está presente en el agrandamiento simétrico del útero, los diámetros de la fibra muscular en el útero agrandado tiene promedios -

de 14 a 22 % por arriba de aquellos de la serie de control, postularon un exceso de estrógenos como causa de esta hipertrofia muscular.

Esta entidad también se ha relacionado con el uso de dispositivo intrauterino o con patología que condicionan un síndrome de congestión pélvica crónica en donde el incremento de prostaglandinas locales provoca espasmos significativos y puede conducir a hipertrofia del miometrio en forma progresiva.

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

En el transcurso de 3 años, se revisaron los expedientes de -- 1527 pacientes que acudieron a la consulta externa, por trastornos menstruales, en el Hospital de Gineco Obstetricia # 3 del Centro -- Médico "La Raza" del I.M.S.S.. De estas pacientes, se sometieron a histerectomía a 452, por diferentes indicaciones, efectuándose 293 - histerectomías totales abdominales (64.28 %), y 159 histerectomías vaginales (35.17%), se seleccionaron para el presente estudio 96 -- casos en los cuales se correlacionaron los hallazgos clínicos, estudios de gabinete y los resultados del hallazgo Anatomopatológico.

Del aspecto clínico se obtuvieron los datos concernientes a : edad, gestaciones, paridad, abortos, cesáreas y embarazos múltiples, -- trastornos menstruales y su tiempo de evolución, número de legrados uso de hormonales, uso de dispositivo intrauterino (tipo y tiempo - de uso), antecedentes de cirugía gineco obstétrica, así como también cirugía abdominal, se analizó la presencia de trastornos de la estática pélvica genital y los trastornos que contribuyen a la congestión pélvica crónica, como la insuficiencia venosa periférica. Poniéndose especial énfasis en la exploración clínica ginecológica. Al valorarse el tamaño del útero (por palpación e hysterometría), características de este, tales como estado de la superficie, consistencia y posición, así como también la longitud del cérvix. Con respecto a la Ultrasonografía, como método auxiliar de diagnóstico, se valoraron el tamaño del útero, superficie, textura, características - de la cavidad uterina, su tamaño, así como imágenes sugestivas de -- diagnósticos específicos (miomatosis, adenomiosis, etc.). De las --- histerografías practicadas se analizaron la cavidad uterina, su ta

maño así como imágenes que sugieren patología asociada (miomatosis adenomiosis).

Del hallazgo anatomopatológico se analizó el tamaño del útero en todos sus diámetros (longitudinal,transverso y anteroposterior) espesor del miometrio,su aspecto y características, también se analizaron las características del endometrio y patología concomitante.

El presente estudio lo realizamos con el objeto de verificar la presencia de hipertrofia de miometrio como entidad nosológica,y que merece especial atención en los casos de pacientes que acuden a consulta por trastornos menstruales.

R E S U L T A D O S

EDAD.

La edad de las pacientes sometidas a revisión, varió de 26 a - 60 años con una media de 43. De las 96 pacientes seleccionadas, 44 (45.85%) se encontraban entre los 36 y 45 años, 33 pacientes (--- 34.38%) entre los 46 y 55 años, y 17 (17.70%) entre los 26 y 35 años, encontrándose la mayor parte de las pacientes entre la 4ª y 5ª década de la vida (Cuadro I). Comparativamente 45 pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, encontramos que en 23 de ellas la edad fluctuaba entre 36 y 45 años, y 16 de ellas entre los 46 y 55 años (Cuadro II).

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA EDAD.

| EDAD (años) | Nº DE PACIENTES | % |
|-------------|-----------------|-------|
| 26 - 35 | 17 | 17.70 |
| 36 - 45 | 44 | 45.84 |
| 46 - 55 | 33 | 34.38 |
| 56 - 60 | 2 | 2.08 |
| TOTAL | 96 | |

CUADRO I

FRECUENCIA DE MIOMATOSIS DE ACUERDO A LA EDAD.

| EDAD (años) | Nº DE PACIENTES | % |
|-------------|-----------------|-------|
| 26 - 35 | 3 | 6.67 |
| 36 - 45 | 23 | 51.11 |
| 46 - 55 | 16 | 35.56 |
| 56 - 60 | 3 | 6.66 |
| TOTAL | 45 | |

CUADRO II

SINTOMATOLOGIA

El motivo de la consulta de estas pacientes fueron los trastornos menstruales ó la hemorragia uterina. Este vario al momento de la primer consulta, desde menos de 6 meses hasta más de 5 años.- En 46 pacientes (47.81%) el tiempo de evolución fue de 1 a 3 años, y en 16 (16.66%) fue de 6 meses ó menor. El resto de las pacientes presentó variaciones en el tiempo al momento de la consulta (Cuadro III).

EVOLUCION DE LA SINTOMATOLOGIA

| TIEMPO | Nº DE PACIENTES | % |
|------------------------------------|-----------------|-------|
| - 6 MESES | 16 | 16.66 |
| 6 A 11 MESES | 8 | 8.33 |
| 1 A 3 AÑOS | 46 | 47.81 |
| 4 A 5 AÑOS | 8 | 8.33 |
| + 5 AÑOS | 12 | 12.50 |
| POSTMENOPAUSICAS (UN AÑO O MAS) | 6 | 6.25 |
| TOTAL | 96 | |

CUADRO III

El trastorno menstrual predominante fue la hiperpolimenorrea en 29 casos (30.20%) siguiendole en orden de frecuencia, la polimenorrea, hipermenorrea, proiohiperpolimenorrea, y 6 pacientes con hemorragia uterina anormal (Cuadro IV).

TRASTORNOS MENSTRUALES MAS FRECUENTES.

| TRASTORNO | Nº DE PACIENTES | % |
|----------------------------|-----------------|-------|
| PROIOHIPERPOLIMENORREA | 17 | 17.70 |
| HIPERMENORREA | 21 | 21.87 |
| POLIMENORREA | 23 | 23.95 |
| HIPERPOLIMENORREA | 29 | 30.20 |
| HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL | 6 | 14.28 |

CUADRO IV.

De estas pacientes, 66 eran eumenorreicas y 24 diasmenorreicas en grado variable (Cuadro V).

SINTOMAS QUE ACOMPAÑAN EL SANGRADO.

| TIPO | Nº DE CASOS | % |
|----------------------------|-------------|-------|
| EUMENORREICA | 66 | 68.75 |
| DISMENORREICA | 24 | 25.00 |
| HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL | 6 | 14.28 |
| TOTAL | 96 | |

CUADRO V.

En 9 pacientes no se especificó el tiempo de aparición de la sintomatología con respecto al último evento obstétrico, en el resto de ellas encontramos variaciones muy importantes (Cuadro VI).

El tiempo de aparición de la sintomatología vario de 1 hasta 32 años posterior al último evento obstétrico, encontrándose 33 pacientes entre los 10 y 14 años (34.37%), y 27 entre los 5 y 9 años (28.22%).

TIEMPO DE APARICION DE LA SINTOMATOLOGIA DE ACUERDO AL ULTIMO EVENTO OBSTETRICO.

| TIEMPO (años) | EVENTO OBSTETRICO | | | TOTAL | % |
|---------------------|-------------------|---------|--------|-------|-------|
| | PARTO | CESAREA | ABORTO | | |
| 1 A 4 AÑOS | 4 | 6 | 1 | 11 | 12.50 |
| 5 A 9 AÑOS | 9 | 11 | 7 | 27 | 28.22 |
| 10 A 14 AÑOS | 20 | 3 | 10 | 33 | 34.37 |
| 15 A 19 AÑOS | 6 | - | 1 | 7 | 7.29 |
| 20 ó + | 4 | 1 | 3 | 8 | 8.33 |
| NO ESPECIFICA DO | 9 | - | - | 9 | 9.37 |
| TOTAL | 73 | | 22 | 95 | |

CUADRO VI

PARIDAD.

De las 96 pacientes una fue nuligesta, 48 tuvieron 4 ó más hijos (50 %), 34 tuvieron 3 ó 4 hijos, y únicamente 13 tenían 2 hijos (Cuadro VII). De las 96 pacientes, 60 tuvieron abortos (62.50%), de las cuales 37 tuvieron 1 ó 2, y 23 tuvieron 3 ó más (Cuadro VIII). Se efectuaron 20 cesáreas, de las cuales 13 sólo habían tenido una sola cesárea, (Cuadro IX). Tres pacientes tuvieron embarazos múltiples (embarazos gemelares), (Cuadro X).

PARIDAD

| Nº DE HIJOS | Nº DE PACIENTES | % |
|-------------|-----------------|-------|
| 1 - 2 | 13 | 13.54 |
| 3 - 4 | 34 | 35.42 |
| + 4 | 48 | 50.00 |
| 0 | 1 | 1.04 |
| TOTAL | 96 | |

CUADRO VII.

NUMERO DE ABORTOS

CUADRO VIII

| Nº DE ABORTOS | Nº DE PACIENTES | % |
|---------------|-----------------|-------|
| 1 - 2 | 37 | 38.55 |
| 3 ó MAS | 23 | 23.95 |
| TOTAL | 60 | 62.50 |

CESAREAS

| Nº DE CESAREAS | Nº DE PACIENTES | % |
|----------------|-----------------|-------|
| 1 | 13 | 13.54 |
| 2 | 3 | 3.12 |
| 3 | 3 | 3.12 |
| +3 | 1 | 1.04 |
| TOTAL | 20 | 20.83 |

CUADRO IX

EMBARAZOS MULTIPLES.

| EMBARAZOS MULTIPLES | Nº DE PACIENTES | % DEL TOT. DE C |
|---------------------|-----------------|--------------------|
| GEMELARES | 3 | 15 |

CUADRO X

La insuficiencia venosa de miembros inferiores fue el trastorno vascular predominante y en un sólo caso se encontró procesos hemorroidales (Cuadro XI).

TRASTORNOS VASCULARES.

CUADRO XI

| TIPO | Nº DE PACIENTES | % |
|--|-----------------|------|
| HEMORROIDES | 1 | 1.04 |
| INSUFICIENCIA VENOSA DE MIEMBROS INF. | 8 | 8.33 |

ANTECEDENTES DE CIRUGIA.

En 57 pacientes <59.37%> se encontró el antecedente de cirugía previa, por diversas causas Gineco obstétricas, como son salpingoclasia bilateral, como método de esterilización, salpingectomía, polipectomía, excéresis de quiste de ovario y biopsia en cuña de ovario. En 6 pacientes se efectuaron colpoperineoplastias y corrección de fistula rectovaginal.

CIRUGIA PREVIA.

| TIPO | Nº DE CIRUGIAS PELVICAS | % |
|----------------------------|-------------------------|-------|
| SALPINGOCLASIA BILATERAL | 40 | 41.66 |
| SALPINGECTOMIA | 3 | 3.12 |
| POLIPECTOMIA | 3 | 3.12 |
| EXCERESIS QUISTE DE OVARIO | 3 | 3.12 |
| BIOPSIA EN CUÑA DE OVARIO | 1 | 1.04 |
| SOBRE UTERO | | |
| CESAREAS | 20 | 20.83 |
| OTRAS | | |
| FISTULA RECTOVAGINAL | 1 | 1.04 |
| COLPOPERINEOPLASTIAS | 6 | 6.25 |

CUADRO XII

En 69 pacientes (71.87 %) se encontró el antecedente de haber sido sometidas a legrado uterino instrumental, en 64 de ellas el aborto incompleto fue la principal causa y en 26 la hemorragia uterina anormal. De este total de pacientes, a 27 se les habían practicado dos legrados y a 6 se les practicaron más de 5, el máximo reportado fue de 7 legrados (Cuadros XIII y XIV)).

CAUSAS QUE ORIGINARON EL LEGRADO

| CAUSA | Nº DE LEGRADOS |
|----------------------------|----------------|
| ABORTO | 64 |
| HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL | 26 |

CUADRO XIII

NUMERO DE LEGRADOS EFECTUADOS POR PACIENTE.

| Nº DE LEGRADOS | Nº DE PACIENTES |
|-------------------|-----------------|
| 1 | 16 |
| 2 | 27 |
| 3 | 9 |
| 4 | 3 |
| 5 | 3 |
| 6 Ò MAS (MAX. 7) | 6 |

CUADRO XIV

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Trece pacientes usaban dispositivo intrauterino (13.54%), como método contraceptivo, tres portaban Asa de Lippes y en 10 no se especificó, 7 pacientes usaron el dispositivo entre 1 y 3 años - hasta el momento de la consulta, y solamente 2 los usaron por más - de 5 años (Cuadro XV).

USO DE DISPOSITIVOS

| TIPO | Nº DE PAC. | % | TIEMPO EN AÑOS | | | |
|---------------|------------|-------|----------------|-------|--------|---------|
| | | | 1 A 3 | 4 A 5 | + DE 5 | NO VAL. |
| ASA DE LIPPES | 3 | 23.07 | 0 | 2 | 1 | 0 |
| SE IGNORA | 10 | 79.92 | 7 | 1 | 1 | 1 |

CUADRO XV

HALLAZGOS CLINICOS

En la exploración ginecológica, durante la primer consulta se determinó en forma bimanual el tamaño del útero, encontrándose normal en 37 pacientes (38.54%), entre 8 y 12 cm en 49 pacientes (51.04%) y únicamente en 10 pacientes se reportó mayor de 12 cm (incluyendo -cervix) (10.41%). Cuadro XVI

TAMAÑO DEL UTERO

| D. LONGITUDINAL | Nº DE PACIENTES | % |
|----------------------|-----------------|-------|
| NORMAL O HASTA 8 CM. | 37 | 38.54 |
| 9 A 12 CM. | 49 | 51.04 |
| + 12 CM | 10 | 10.41 |
| TOTAL | 96 | |

CUADRO XVI

En 70 pacientes se realizó histerometría (72.91%) encontrándose una longitud de hasta 8 cm en 47 pacientes, y en las 23 restantes la longitud fue mayor de 9 cm. (Cuadro XVII).

HISTEROMETRIA

CUADRO XVII

| LONGITUD | Nº DE PACIETES | % |
|-------------|----------------|-------|
| -8 cm | 47 | 67.14 |
| 9 - 12 CM | 23 | 32.85 |
| + DE 12 CM. | 0 | |
| TOTAL | 70 | |

La longitud del cœrvix se midió al momento de la exploración, en 53 pacientes (55.20%), encontrándose en 32 pacientes un longitud de 3-4 cm, y de 2 cm. en 21 pacientes (Cuadro XVIII).

LONGITUD DEL CERVIX (POR HISTEROMETRIA)

| LONGITUD DEL CERVIX | Nº DE PACIENTES | % |
|---------------------|-----------------|-------|
| HASTA 2 CM. | 21 | 39.62 |
| 3 A 4 CM. | 32 | 60.37 |
| + de 4 CM. | 0 | |
| TOTAL | 53 | |

CUADRO XVIII

La consistencia del útero en forma apreciativa se reportó en 75 casos (78.12%), encontrándose aumentada en 38 pacientes (50.66%) normal en 34 y disminuida en 3 . (Cuadro XIX).

La superficie uterina se valoró en 82 pacientes, encontrándose irregular en 47 pacientes (57.31%) y en 35 fue regular (42.68%) - (Cuadro XX).

La posición del útero se reportó en 53 pacientes, encontrándose en 27 en posición normal, y en 26 en retroversión (Cuadro XXI).

CONSISTENCIA

CUADRO XIX

| CONSISTENCIA | Nº DE PACIENTES | % |
|--------------|-----------------|-------|
| NORMAL | 34 | 45.33 |
| AUMENTADA | 38 | 50.66 |
| DISMINUIDA | 3 | 4.00 |
| TOTAL | 75 | |

ESTADO DE LA SUPERFICIE UTERINA

| SUPERFICIE | Nº DE PACIENTES | % |
|------------|-----------------|-------|
| REGULAR | 35 | 42.68 |
| IRREGULAR | 47 | 57.31 |
| TOTAL | 82 | |

CUADRO XX

POSICION UTERINA

| POSICION DEL UTERO (VALORACION CLINICA) | | Nº DE PACIENTES | % |
|--|----|-----------------|-------|
| ANTEVERSION | | 27 | 50.94 |
| RETRO | I | 13 | 24.52 |
| | II | 13 | 24.52 |
| TOTAL | | 53 | |

CUADRO XXI

TRASTORNOS DE LA ESTATICA PELVICA

Los trastornos de la estática pélvica genital fueron valorados en el presente estudio, y se encontró que en casi todas las pacientes existían, <88 pacientes.(91.66%).(Cuadro XXII).

PRESENCIA DE TRASTORNOS DE LA ESTÁTICA PELVICA

| TRASTORNO | Nº DE PACIENTES | % |
|-----------|-----------------|-------|
| AUSENTES | 8 | 8.33 |
| PRESENTES | 88 | 91.66 |
| TOTAL | 96 | |

CUADRO XXII

De las 88 pacientes con trastornos, se encontró en 28 descenso uterino, y en resto (60 pacientes) se encontraron Cistocele y Rectocele. En el cuadro XXIII, se encuentran representados en forma individual cada uno de los trastornos diagnosticados, sin embargo - debe tomarse en cuenta que en algunas pacientes existía la combinación de rectocistocele.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE LA ESTÁTICA PELVICA

| TIPO | GRADO | Nº DE CASOS | TOTAL DE CASOS | % |
|---------------------|-------|-------------|----------------|-------|
| CISTOCELE | I | 32 | 69 | 36.36 |
| | II | 34 | | 38.63 |
| | III | 3 | | 3.40 |
| RECTOCELE | I | 23 | 49 | 26.13 |
| | II | 21 | | 23.86 |
| | III | 5 | | 5.68 |
| DESCENSO UTERINO | I | 16 | 28 | 18.18 |
| | II | 9 | | 10.22 |
| | III | 3 | | 3.40 |

CUADRO XXIII

USO DE HORMONALES.

De las 96 pacientes del estudio, 47 (48.95%), habían usado hormonales por diferentes razones, 44 de ellas habían usado hormonales combinados y tres de ellas Estrógenos exclusivamente. (cuadro XXIV). El tiempo de administración de éstos varió de 6 meses o menos en 11 pacientes, hasta más de 9 años en 6 pacientes, la vía de administración fue la oral, por vía intramuscular se administró en 7 pacientes por menos de 6 meses y en las 10 pacientes restantes no se especificó el tiempo de administración (Cuadro XXV).

TIPO DE HORMONALES ADMINISTRADOS

| TIPO | Nº DE PACIENTES | % | |
|------------|-----------------|------|-------|
| ESTROGENOS | 3 | 3.12 | |
| HORMONAL | COMBINADO | 36 | 37.50 |
| | SECUENCIAL | 8 | 8.33 |
| TOTAL | 47 | | |

CUADRO XXIV

23

TIEMPO DE ADMINISTRACION DE HORMONALES

| TIEMPO | ESTROGENO | HORMONALES COMB, Y SEC. | | TOTAL |
|------------------|-----------|-------------------------|------|-------|
| | ORAL | ORAL | I.M. | |
| - 6 MESES | 1 | 11 | 7 | 19 |
| 6 A 11 MESES | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 A 3 AÑOS | 1 | 6 | 0 | 7 |
| 4 A 5 AÑOS | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 6 A 8 AÑOS | 0 | 3 | 0 | 3 |
| + DE 9 AÑOS | 0 | 6 | 0 | 6 |
| NO SE ESPECIFICO | 0 | 0 | 10 | 10 |
| TOTAL | 3 | 27 | 17 | 47 |

CUADRO XXV

METODOS DE DIAGNOSTICO AUXILIARES EMPLEADOS.

ULTRASONOGRAFIA:

Se hicieron estudios de ultrasonografía en 42 pacientes (---- 43.75%),valorandose el tamaño del útero,estado de la superficie -- textura y alteraciones de la cavidad,posición y patología anexial accesoria.

El diámetro longitudinal incluyendo el cérvix se reportó en - 29 casos. En 16 casos se encontró un diámetro longitudinal de 8 a 12 cm y en 13 pacientes normal ó menor (Cuadro XXVI).

TAMAÑO DEL UTERO

| TAMAÑO DEL UTERO (DIAMETRO LONGITUDINAL) | Nº DE PACIENTES | % |
|---|-----------------|-------|
| HASTA 8 CM. | 13 | 44.82 |
| 9 A 12 CM. | 16 | 55.17 |
| + 12 CM. | 0 | |
| TOTAL | 29 | |

CUADRO XXVI

En 37 casos (38.54 %) se reportó útero con superficie irregu lar,compatible con miomatosis en 36 pacientes y compatible con adg nomiosis en un caso. (Cuadro XXVII).

SUPERFICIE

| SUPERFICIE | Nº DE PACIENTES | % |
|----------------------------|-----------------|-------|
| REGULAR | 5 | 5.15 |
| IRREGULAR | 37 | 38.54 |
| COMPATIBLE CON MIOMAS | 36 | 37.50 |
| COMPATIBLE CON ADENOMIOSIS | 1 | 1.04 |

CUADRO XXVII

La textura sólo se reportó en tres pacientes como heterogénea de las 42 pacientes estudiadas.(Cuadro XXVIII).

TEXTURA DEL MIOMETRIO

| TEXTURA | Nº DE PACIENTES | % |
|-------------|-----------------|-------|
| HOMOGENEA | 39 | 40.62 |
| HETEROGENEA | 3 | 3.12 |
| TOTAL | 42 | |

CUADRO XXVIII

Las características de la cavidad uterina se reportaron como irregulares en 3 pacientes (Cuadro XXIX).

CARACTERISTICAS DE LA CAVIDAD

| CAVIDAD | Nº DE PACIENTES | % |
|-----------|-----------------|-------|
| REGULAR | 39 | 40.62 |
| IRREGULAR | 3 | 3.12 |

CUADRO XXXIX

La posición uterina sólo se reportó en 12 casos, en 6 pacientes se encontró en AV, en 3 en retro I y laterodesviado en 3 casos (Cuadro XXX).

POSICION UTERINA

| POSICION | Nº DE PACIENTES | % |
|----------------|-----------------|------|
| A.V. | 6 | 6.25 |
| RETRO I | 3 | 3.12 |
| LATERODESVIADO | 3 | 3.12 |
| TOTAL | 12 | |

CUADRO XXX

PATOLOGIA ANEXIAL

En sólo cuatro casos se reportó patología agregada, en tres casos quiste de ovario y una más con quiste de cervice (Cuadro XXXI).

PATOLOGIA REPORTADA

| SITIO | Nº DE CASOS | % |
|-----------------|-------------|------|
| CERVIX (QUISTE) | 1 | 1.04 |
| OVARIO (QUISTE) | 3 | 3.12 |
| TOTAL | 4 | 4.16 |

CUADRO XXXI

La correlación clínica de estos reportes sólo se efectuaron - en 16 casos. (16.66%). (CUADRO XXXII).

| | Nº DE CASOS | % |
|-----------------------------|-------------|-------|
| CORRELACIONADO A LA CLINICA | 16 | 16.66 |

CUADRO XXXII

RADIOLOGIA

La histerosalpingografía se efectuó en 41 pacientes (42.70%) y los hallazgos recopilados fueron los siguientes: En 24 casos se encontró una cavidad uterina irregular, en 16 de estos casos estaba aumentada de tamaño (Cuadro XXXIII).

CARACTERISTICAS DE LA CAVIDAD

| SITIO | NUMERO | % | |
|--|-----------|----|-------|
| CAVIDAD { TAMAÑO { ↑ TAMAÑO REGULAR CARACT. { IRREGULAR | NORMAL | 1 | 1.04 |
| | TAMAÑO | 16 | 16.66 |
| | REGULAR | - | |
| | IRREGULAR | 24 | 25.00 |
| TOTAL | 41 | | |

CUADRO XXXIII

En 39 pacientes las imágenes fueron compatibles con miomato--sis uterina, un sólo caso fue compatible con adenomiosis y otro compatilbe con pólipo endometrial (Cuadro XXXIV).

PATOLOGIA ENCONTRADA

| PATOLOGIA | Nº DE CASOS | % | |
|-----------------------------------|-----------------|------|-------|
| COMPATIBLE CON MIOMATOSIS | NO ESPECIFICADA | 27 | 28.12 |
| | SUBMUCOSA | 6 | 6.25 |
| | INTRAMURAL | 6 | 6.25 |
| | SUBSEROSA | - | - |
| COMPATIBLE CON POLIPO ENDOMETRIAL | 1 | 1.04 | |
| COMPATIBLE CON ADENOMIOSIS | 1 | 1.04 | |
| TOTAL | 42 | | |

CUADRO XXXIV

La correlación clínica con el diagnóstico radiológico fue en sólo 13 casos. (Cuadro XXXV).

CORRELACION CLINICO RADIOLOGICA

| | Nº DE CASOS | % |
|---------------------------------|-------------|-------|
| CORRELACION CLINICO RADIOLOGICA | 13 | 13.54 |

CUADRO XXXV

RESULTADOS ANATOMOPATOLOGICOS

Se tomaron 60 biopsias de endometrio (62.50%), no se valoraron 6 y se reportaron 54. De estas 54 biopsias, 24 no presentaban alteraciones, de las restantes 34, 8 presentaban hiperplasia sin atipia, con atipia leve 6 casos, y con hiperplasia severa se reportaron 2 - casos, 3 pacientes con efecto hormonal y 5 con disociación glandulo estromal. En 5 pacientes la muestra fue inadecuada para el diagnóstico. (Cuadro XXXVI).

TIPOS DE ENDOMETRIO

CUADRO XXXVI

| TIPO DE ENDOMETRIO | Nº DE CASOS | % | |
|---|---------------------|-------|------|
| SECRETOR | 13 | 13.54 | |
| HIPERSECRETOR | 1 | 1.04 | |
| BASAL | 3 | 3.12 | |
| MIXTO | -- | -- | |
| DEFICIENTE ACCION LUTEA | 1 | 1.04 | |
| INTERFASE | 3 | 3.12 | |
| MENSTRUAL | 3 | 3.12 | |
| HIPERPLASIA | SIN ATIPIA | 8 | 8.33 |
| | CON ATIPIA LEVE | 6 | 6.24 |
| | CON ATIPIA MODERADA | - | -- |
| | CON ATIPIA SEVERA | 2 | 2.16 |
| DISOCIACION GLANDULO ESTROMAL | 5 | 5.20 | |
| DESCAMATIVO CON SIGNOS DE REGENRACION | 1 | 1.04 | |
| REACCION PSEUDODECIDUAL Y HORMONAL | 1 | 1.04 | |
| CAMBIOS ATROFICOS Y ADMINISTRACION HORMONAL | 2 | 2.16 | |
| MUESTRA INADECUADA | 5 | 5.20 | |
| TOTAL | 54 | 56.50 | |

RESULTADOS DE LA PIEZA QUIRURGICA <ANATOMOPATOLOGICOS>

Los resultados de los hallazgos posteriores a la histerectomía realizada en 96 pacientes. En 95 casos se realizó el reporte del tamaño del útero, encontrándose normal en 13 casos (13.54%), y en 71 (74.73 %) fué de 8 a 12 cm, en 11 casos fue mayor de 12 cm. (11.45 %) . El diámetro transversal se reportó normal en 41 casos, en 49 (51.57%) fué de 6 a 9 cm., y en 5 casos se reportó mayor de 9 cm. El diámetro anteroposterior fue normal en 4 casos, en 69 casos (71.87 %) se reportó de 2.6 cm a 5 cm y en 22 se reportó mayor a 5 cm. (Cuadro XXXVII).

DIAMETROS REPORTADOS

| TAMAÑO DEL UTERO | | Nº DE CASOS | % |
|-----------------------|----------------------|-------------|-------|
| DIAMETRO LONGITUDINAL | NORMAL HASTA 8 CM. | 13 | 13.54 |
| | 8.5 A 12 CM. | 71 | 74.02 |
| | + DE 12 CM. | 11 | 11.45 |
| DIAMETRO TRANSVERSAL | NORMAL HASTA 6 CM | 41 | 42.70 |
| | 6.5 A 9 CM. | 49 | 51.04 |
| | + DE 9 CM. | 5 | 5.20 |
| DIAMETRO A/P | NORMAL HASTA 2.5 CM. | 4 | 4.16 |
| | 2.6 A 5 CM. | 69 | 71.87 |
| | + DE 5 CM. | 22 | 22.91 |

CUADRO XXXVII

PESO UTERINO

Se reportó en 85 casos (88.54%), en 22 se consideró normal y - en 63 casos se reportó por arriba de 125 gr. (22.91%). Considerándose como dato de hipertrofia miometrial. De estos 63 casos, 26 casos (27.19%) su peso era mayor de 155 gr. (Cuadro XXXVIII).

PESO DEL UTERO

| PESO EN GRAMOS | Nº DE CASOS | % |
|-----------------------------|-------------|-------|
| 50 A 70 GR. | 4 | 4.16 |
| 75 A 120 GR. | 18 | 18.75 |
| 125 A 150 GR. | 22 | 22.91 |
| 155 A 200 GR. } HIPERTROFIA | 26 | 27.08 |
| + DE 200GR. } | 15 | 15.62 |

CUADRO XXXVIII

La longitud cervical se reportó en 61 casos (63.54%), en 57 -- piezas quirúrgicas la longitud del cérvix fue mayor de 3 cm. y únicamente en 10 casos fue mayor de 4 cm, reportándose la máxima longitud de 7 cm. Considerándose como dato de hipertrofia los casos - de 57 pacientes (59.37%) reportadas con más de 3 cm. de longitud. - (Cuadro XXXIX).

LONGITUD CERVICAL

CUADRO XXXIX

| LONGITUD DE CERVIX | Nº DE CASOS | % |
|------------------------|-------------|-------|
| NO REPORTADOS | 35 | 36.45 |
| HASTA 2.9 CM | 4 | 4.16 |
| HIPERTROFIA } 3 A 4 CM | 47 | 48.95 |
| + DE 4 CM. | 10 | 10.41 |

El espesor miométrial se reportó en 92 casos, encontrándose en 52 casos (54.16 %) entre 1.6 y 2 cm. y en 25 casos mayor a 2.1 cm. considerándose un espesor mayor de 1.5 cm como hipertrofico. (Cuadro XL).

ESPESOR DE MIOEMTRIO

| ESPESOR EN CENTIMETROS | Nº DE CASOS | % |
|---------------------------|-------------|-------|
| MENOS DE 1 A 1 CM. | 4 | 4.16 |
| 1.1 A 1.5 CM. | 11 | 11.45 |
| HIPERTROFIA { 1.6 A 2 CM. | 52 | 54.16 |
| + DE 2 CM | 25 | 26.04 |

CUADRO XL

ASPECTO DEL MIOMETRIO

El aspecto del miometrio se reportó en 33 casos (35.86%), en 23 casos se reportó trabeculado. (Cuadro XLI).

ASPECTO DEL MIOMETRIO

CUADRO XLI

| ASPECTO | Nº DE CASOS | % |
|--------------------------|-------------|-------|
| HIPERTROFICO | 2 | 2.08 |
| TRABECULADO | 23 | 23.95 |
| QUISTES HEMATICOS | 6 | 6.25 |
| VASCULITIS CRONICA FOCAL | 1 | 1.04 |
| VASOS PROMINENTES | 1 | 1.04 |
| TOTAL | 33 | |

ENDOMETRIO

En 7 casos se reportó como hiperplásico (7.29%), como hallazgo se reportó en 6 casos un pólipo endometrial y en 4 casos se reportó endometrio congestivo (Cuadro XLII).

ENDOMETRIO

| ENDOMETRIO | Nº DE CASOS | % |
|----------------------|-------------|------|
| CONGESTIVO | 4 | 4.16 |
| HIPERPLASICO | 7 | 7.29 |
| EDEMATOSO | 1 | 1.04 |
| POLIPO ENDOMETRIAL | 6 | 6.25 |
| ATROFICO | 2 | 2.08 |
| ENDOMETRITIS CRONICA | 1 | 1.04 |

CUADRO XLII

Se reportó adnomiosis en 33 casos (34.37 %) y en 4 casos se encontró patología cervical agregada (Cuadros XLIII y XLIV).

| PATOLOGIA AGREGADA DEL CERVIX | Nº CASOS | % |
|-------------------------------|-------------|-------|
| CONDILOMA | 4 | 4.16 |
| OTRA PATOLOGIA | Nº DE CASOS | % |
| ADENOMIOSIS | 33 | 34.37 |

CUADROS XLIII y XLIV.

D I S C U S I O N E S

1.- La hipertrofia del miometrio es más frecuente entre la 4ª y 5ª década de la vida.

2.- Coincide frecuentemente con miomatosis uterina.

El tiempo de evolución de la sintomatología fue de 1 a 3 años (47.81%) y solamente 8 pacientes consultaron dentro de los primeros 6 meses de haber presentado sus trastornos menstruales. Esto probablemente se encuentra en relación a que 47 pacientes (48.95%) de las 96 de la muestra, habían recibido tratamiento médico hormonal donde predominó la administración de hormonales combinados, 36 pacientes (37.50%). El tiempo de administración para valorar respuesta fue siempre mayor de 6 meses, pues aquellas pacientes en donde se detectaron ingesta de hormonales por tiempo de 1 a 9 años -- fue más bien en forma de control de la fertilidad y no como tratamiento correctivo de sus trastornos menstruales.

4.- La sintomatología predominante fueron trastornos menstruales predominando la hiperpolimenorrea. La dismenorrea que algunos autores han encontrado como parte de un síndrome congestivo pélvico, nosotros sólo lo encontramos en 24 casos (25%). Así mismo detectamos 6 casos (6.25%) en etapa postmenopáusica.

5.- En estas pacientes su último parto o aborto lo presentaron entre los 31 y 35 años, con respecto a la cesárea no es significativo, en la mayoría de estas pacientes la sintomatología apareció entre un periodo que iba de 5 a 14 años (62.59%), desde su último aborto y la aparición de la sintomatología y no así con respecto a la cesárea, donde la sintomatología apareció entre 1 y 9 años después de la última cesárea. Lo cual esta probablemente en relación a que en la cesárea el tiempo de involución uterina posterior a la misma es mayor.

6.- Es más frecuente en grandes mutíparas y de ahí muchos autores han marcado como factores predisponentes la subinvolución -- uterina.

7.- El antecedente de cirugía pélvica se detectó en 57 pa--- cientes (59.37%), siendo la salpingoclasia el tipo de cirugía más frecuentemente realizada, 40 casos (41.66%). Así mismo otro tipo de cirugía no a nivel pélvico pro que pudo ser un factor contribuyente para la formación de adherencias, fue la apendicectomía.

8.- Un número importante de nuestras pacientes presentaron an tecedentes de legrados uterinos (71.87%) siendo la causa predomi-- nante el aborto (66.66%). Coincidiendo con esto un factor tardío - de subinvolución por el embarazo.

9.- El uso de dispositivo intrauterino que algunos autores -- han descrito como predisponente de congestión pélvica, en nuestra - muestra sólo se detectaron 13 casos (13.54 %).

10.- En los trastornos de estática pélvica como contribuyente de congestión pélvica crónica se encontraron en una alta frecuen-- cia de nuestras pacientes (91.66%), predominando el cistocele, lo -- cual también va en relación a la mayor paridad de esas pacientes.

11.- Desde el punto de vista de valoración para aquellos casos que consideramos como hipertrofia miometrial tomamos en cuenta los siguientes parámetros:

- Peso mayor de 125 grs., en mutíparas (Máximo 375 grs.).
- Espesor miometrial de 1.7 cm. ó más (Máximo 2.5 cm.).
- Hipertrofia cervical en su diámetro longitudinal de 3 ó -- más centímetros.
- Aspecto miometrial predominantemente trabeculado.
- Aspecto del miometrio por USG con pérdida de la homogenei-- dad.

- El diámetro longitudinal del útero en nuestro estudio fue de 8 a 12 cm. (74.01%), considerándolo normal hasta 8 cm. y la hipertrofia en estas pacientes fue, sin incluir cérvix hasta de 12 cm (74.02 %). Lo cual va en relación a que en estas pacientes aumenta su tamaño uterino a expensas del engrosamiento de sus paredes, siendo este crecimiento simétrico.

Dados los antecedentes de congestión pélvica que frecuentemente se asocia a este padecimiento se encontró hipertrofia cervical de 3 ó más cm. (59.3 %).

En más del 50 % donde se valoró la consistencia del útero, esta se encontró aumentada y desde el punto de vista clínico la superficie fue valorada como irregular en 57.31 %.

En contraposición a los datos de congestión pélvica la posición del útero predominó en AV en 50.94 %, de ahí que el grado de descenso uterino encontrado en estas pacientes no fué importante.

Dada la alta frecuencia de trastornos menstruales presentes en estas pacientes, dentro del protocolo de estudio fueron sometidas a biopsia de endometrio (62.5%), el reporte histopatológico que predominó fue de endometrio secretor, estando esto en relación con pacientes ovulatorias; a diferencia de la miomatosis uterina donde se ha identificado un factor de estrogenismo persistente y por lo tanto la mayor frecuencia de ciclos anovulatorios. En nuestro estudio uno de los principales factores desencadenantes fue la multiparidad lo cual manifiesta que necesariamente fueron pacientes con función endócrino ovárica adecuada, pero donde seguramente la determinación de receptores estrógenicos necesariamente estuvo elevada, condicionando un aumento de estímulo sobre la célula miometrial. Encontrando en correlación a esto que el grado de hiperplasia en estas pacientes fue bajo (16.73 %).

En las pacientes donde fue valorado el diámetro longitudinal del útero por USG (43.75 %) predominó de acuerdo a la clínica de 9 a 12 cm; siendo que la ecotextura del miometrio fue valorada en sólo 3 casos, desde el punto de vista USG la superficie fue valorada como irregular (3.12 %), lo cual podría estar más en relación con la diferente textura sónica de este órgano en los casos de hipertrofia miometrial.

Así mismo coincide con la clínica, la mayoría de estos uteros se encontraron en AV.

Con respecto a los estudios de histerosalpingografía realizados, el reporte predominante fue de un útero aumentado de tamaño - pero en todos los casos se catalogó la cavidad de bordes irregulares, por lo cual fue reportada compatible con mioamiosis (40.62%), existiendo correlación clínica radiológica solamente en el 13.54 %

Desde el punto de vista histopatológico el útero fue valorado en sus diámetros longitudinal, anteroposterior y transversal, encontrando que desde el punto de vista longitudinal predominó en sus dimensiones de 8.5 a 12 cm. (considerandose normal hasta 8 cm) (-- en el 74.02 %), en su diámetro transversal de 6.5 a 9 cm. (normal -- hasta 6 cm) en el 51.4 % y en el anteroposterior de 2.6 a 5 cm -- en el 71.07 % (normal hasta 2.5 cm.).

Encontrandose en nuestra revisión un diámetro longitudinal --- máximo de 17 cm. ,el diámetro AP mayor reportado fue de 9 cm. y el mayor diámetro transversal reportado fue de 16 cm.

Otro parámetro utilizado para el presente estudio fue el peso de los uteros considerandose peso normal hasta 120 gr.; sin embargo se pudo observar que hubo 22 casos en donde el peso era menor (entre 50 y 120 gr.) sin embargo el espesor del miometrio y otros parámetros fueron compatibles con hipertrofia del miometrio lo cual

se corroboró por estudio histopatológico. El peso uterino máximo - reportado fue de 560 gr..

En 61 casos se reportó la longitud cervical de los cuales 57 casos (59.33%) fueron compatibles con hipertrofia miometrial, la -- mayor longitud cervical reportada fue de 7 cm.

Con respecto al espesor del miometrio fueron reportados en 92 casos, siendo compatibles con hipertrofia miometrial desde este punto de vista 77 casos (80.20 %) (se considera normal hasta 1.4 cm) la mayoría presentó un espesor promedio de 1.5 a 2 cm (54.16 %), el espesor máximo reportado fue de 6 cm., Este fenómeno es debido a la hipertrofia muscular, la acumulación de tejido fibroso y los cambios vasculares.

El aspecto del miometrio fue reportado sólo en 33 casos (---- 36.85 %) predominando el aspecto trabeculado, solamente dos casos - fueron reportados específicamente como hipertrofia.

El aspecto del endometrio fue reportado en 21 casos, predominando los casos de hiperplasia (7 casos) y en 6 casos se encontró pólipo endometrial lo cual está en relación al aspecto hormonal -- que corresponde a ese tipo de patología.

Así mismo en relación a éste aspecto hormonal en 33 casos se reportó adenomiosis (34.37 %) lo cual está en alta relación con -- la miomatosis uterina.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

I N D I C E

| | página |
|--|--------|
| Introducción..... | 3 |
| Material y métodos..... | 6 |
| Resultados..... | 8 |
| Sintomatología..... | 10 |
| Paridad..... | 13 |
| Antecedentes de cirugía..... | 15 |
| Uso de dispositivo intrauterino..... | 17 |
| Hallazgos clínicos..... | 18 |
| Uso de hormonales..... | 22 |
| Métodos auxiliares de diagnóstico..... | 24 |
| Ultrasonografía..... | 24 |
| Radiología..... | 28 |
| Resultados Anatomopatológicos..... | 30 |
| Discusiones..... | 35 |
| Índice General..... | 40 |
| Bibliografía..... | 41 |

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Callejo J., Del Amo E; Laila J.M.
Myometrial Hypertrophy and Uterine metropathy without apparent organic cause; Rate or responsibility. Clin-Exp-Obstet-Gynecol. 1992;19 (2);125-35.
- 2.- Lewis Paul I; Lee Arthur B; Easler R.E. Myometrial Hypertrophy. Am J Obstet Gynecol 1962, Oct;81 (8);1032-41.
- 3.- Alva t.h. Bustos HH; Alvarado DA: Quantification of DNA and Collagen as biological markers in uterine leiomyoma. Gynecol Obstet Mex. 1992 Sep;60;263-66.
- 4.- Williams J T, Kinney TD. Myometrial Hipertrophy (So Called Fibrosis uteri) Am J Obstet Gynecol 1943. read at the meeting of the Obstetrical Society of Boston in --- April 20 1943. Pags 380-88.
- 5.- Curtis Arthur H. Hypertrophy of uterus. Am J Obstet Gynecol, 1945. Read at the meeting of the Chicago gynecological Society May 18, 1945. Pags 748-752.
- 6.- Novak Edmund R, Woodruff J.D. Myometrial Hypertrophy, Gynecol and Obstet Pathology Novak's, Eighth Ed. Phi.; 1979 251.
- 7.- Robins S.L.: Myometrial Hypertrophy . Pathology 3th Ed. W sanders G. Phi., 1967;1027.
- 8.- Correa P. Arias Stella J. perez tamayo R. Carbonelli L. Hipertrofia de miometrio. texto de Patologia. 1ª edición Edit.P.M. M mex. 1973;1067.