

11201

45



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores

CORRELACION ANATOMOCLINICA DE HISTERECTOMIAS

Revisión de 3 años

T E S I S

Para obtener el título de
ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA

P r e s e n t a

DR. JOSE LUIS SANCHEZ MONROY

C. H. 20 Nov. Departamento de Patología
I. S. S. S. T. E.

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION:

DR. PEDRO MALDONADO MUCIO

VeBe

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI ESPOSA

ALEJANDRINA

A MIS HIJOS:

ALEXITA Y LUISITO

A MIS MAESTROS

A MIS AMIGOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIRECTOR DE TESIS:

DR. PEDRO MALDONADO MUCIO.

JEFE DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

G. H. 20 NOVIEMBRE.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE:

| | |
|----------------------------------|----|
| INTRODUCCION----- | 1. |
| ANATOMIA DEL UTERO Y ANEXOS----- | 2. |
| EMBRIOLOGIA----- | 9- |
| HISTOLOGIA----- | 15 |
| MATERIAL Y METODOS----- | 20 |
| COMENTARIOS----- | 32 |
| CONCLUSIONES----- | 34 |
| BIBLIOGRAFIA----- | 37 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION.

En la actualidad la histerectomia vaginal y abdominal tienen un lugar definido de la terapeutica quirúrgica ginecológica como intervenciones que no deben ofrecer problemas para su ejecución y sobre todo indicaciones precisas.

Lo fundamental es el criterio con que debe valorarse cada problema en particular para así indicar la mejor técnica quirúrgica del estudio preoperatorio al que se deben someter las pacientes se derivarán mejores resultados y las complicaciones serán menos frecuentes en base a la mejor técnica quirúrgica y vigilancia del post-operaterie.

Teniendo en nuestro hospital una frecuencia importante de histerectomias tanto vaginales como abdominales.

El objeto de esta comunicación es presentar los resultados de la revisión de 336 pacientes a las cuales se les efectue histerectomia elaborando la correlación clínica-patológica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANATOMIA

Situación.- Esta situada entre la vejiga y el recto, debajo de las asas intestinales y del colon iliopélvico encima de la vagina.

Forma.- Tiene la forma de un cono aplastado de adelante atrás de base superior y cuyo vértice truncado está dirigido hacia abajo. Presenta hacia la parte media un estrechamiento denominado istmo que divide al útero en dos partes una superior es el cuerpo la otra inferior el cuello.

Dimensiones.- Mide en las nulíparas de 6 a 7 cm. de longitud y en las múltiparas sus dimensiones aumentan, mide por término medio 8cm. de longitud y 5 de ancho.

Dirección.- El útero en situación normal esta en antereversión y ante flexión, el ángulo de ante flexión mide 100 a 120°.

Configuración exterior.- El cuerpo es conoide y presenta una cara anterior casi plana y una posterior convexa con base e fonde casi transversal en la nulípara y convexa en la múltipara.

El cuello es cilíndrico un poco ensanchado en su parte media. Su extremo inferior está perforado por un orificio que conduce a la cavidad uterina, este orificio alargado transversalmente esta limitado por dos labios uno anterior y otro posterior.

Istmo.- Es una parte estrecha del útero situada en la unión del cuerpo y el cuello.

Relaciones:

Cara anterior.- Corresponde a la cara superior de la vagina. La cara

anterior del cuerpo del útere está cubierta per el peritoneo que forma a nivel del itsmo el fondo de saco vesicouterino, la cara anterior del cuello se halla en relación con la vejiga sin interposición del peritoneo per intermedio de una capa de tejido celular laxo.

Cara posterior.- Corresponde a las asas intestinales y al recto y tapizada per el peritoneo; este desciende hasta per debaje del útere en la parte superior de la cara posterior de la vejiga , luego se refleja en la cara anterior del recto formando el fondo de saco vaginorectal e de Douglas.

Bordes laterales.- Corresponden a los ligamentos anchos y son segguides per arterias y venas uterinas.

Base e fondo.- El fondo del útere esta siempre situado algo per debaje del estrecho superior, esta cubierta per las asas intestinales e per el colon iliopélvico.

Vertice.- Está representado per la porción intravaginal del útere denominada hecice de tenca. La vagina se inserta en toda la circunferencia del cuello uterino, per lo tanto se puede dividir esta en tres partes, extravaginal, vaginal e intravaginal u hecice de tenca.

Configuración interior.- Cavidad uterina.- El útere tiene una cavidad muy pequeña que mide 4.5cm. en la nulipara y 6 a 6.5cm. en la multipara , esta dividida en dos partes cavidad del cuerpo y cavidad del cuello per su estrechamiento correspondiente de itsmo.

La cavidad del cuerpo es lisa vista en sección frontal tiene la forma triangular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estructura del útere.- Esta formado per tres túnicas superpuestas una serosa o peritoneal, una muscular y una mucosa.

Túnica serosa.- El peritoneo cubre la cara anterior el fondo y la cara posterior del útere per detras descende debaje del útere en la parte superior de la cara posterior de la vagina, a nivel del cuerpo el peritoneo se adhiere al útere per el contrario esta separade del mismo y del cuello del útere per una capa de tejido laxo que permite desprenderle facilmente .

Túnica muscular.- Esta formada de fibras lisas dispuestas en tres capas superpuestas, una capa externa formada principalmente de fibras longitudinales una media muy gruesa constituida per fibras que rodean los vasos una capa interna de fibras de dirección circular.

Túnica mucosa.- Esta intimamente unida a la capa muscular.

Ligamentos del útere.- El útere esta unido a las paredes de la pelvis per tres pares de ligamentos.

- 1.- Los ligamentos laterales o ligamentos anchos.
- 2.- Los ligamentos anteriores o ligamentos redondos.
- 3.- Ligamentos posteriores o uterosacros.

Ligamentos anchos.- Estan constituidos per el peritoneo de las caras y del fondo que se dirige afuera hasta la pared lateral de la excavación y une así al útere con esta pared.

Constitución anatómica.- El ligamento ancho esta constituido per el peritoneo tapizado de una capa de fibras musculares aberturas de las trompas, el angulo inferior comunica per intermedio del estrechamiento istmico con el extremo superior de la cavidad del cuello .

la cavidad del cuello es fusiforme en las caras anterior y posterior de esta cavidad se metan los repliegues transversales ramificados en una eminencia longitudinal, a esta formación se le da el nombre de arbol de la vida.

Ligamentos redondos.- Son cordones redondos que se extienden de los angulos laterales del útere a la región púbica, se inserta en la pared anterior del angulo uterino y de aqui se dirige hacia adelante afuera y arriba siguiendo por debajo de la hoja peritoneal anterior del ligamento ancho, cruzan en seguida los vasos iliacos externos pasan por encima de la arteria epigástrica y penetran en el conducto inguinal que atraviesan, a la salida del conducto los ligamentos redondos se dividen en númeroses y pequeños fascículos fibroses que terminan en el tejido celular adiposo del monte de venus y de las labias mayores.

Ligamentos uterosacros.- Estos ligamentos están formados por fascículos conjuntivos y de músculo liso que se inserta en la cara posterior del útere por debajo del istmo rodean las caras laterales del recto y terminan en la cara anterior del sacre, estos ligamentos levantan el peritoneo y determinan la formación de un repliegue peritoneal que limita a cada lado el fondo de saco de Douglas.

Vases y nervios.- **Arterias.**- Preceden a la arteria uterina rama de la hipogástrica **Venas.**- Se dirigen a los plexos venosos situados a lo largo de los bordes laterales del útere, estos plexos vierten en las venas hipogástricas por intermedio de las venas uterinas que son de una principal por detras de la uretra y otra menor acompañada de arteria uterina por delante de la uretra.

Linfáticos.- Los vasos linfáticos del cuello van a los ganglios iliacos externos e hipogástricos

Nervios.- Preceden del plexo hipogástrico

OVARIOS:

Sea órganos que generan ovulos y glándulas de secreción interna

Número y dimensiones.- En número de dos una derecho otro izquierdo miden aproximadamente 4cm. de longitud y 2.5cm. de ancho y 1.5cm. de grosor.

Color y consistencia.- De color gris-rosado consistencia firme

Configuración.- La superficie del ovario es lisa en la joven — irregular en la mujer adulta debido a las cicatrices que resultan de la dehiscencia de los ovulos.

Situación.- Están situados en la excavación pélvica detrás de los ligamentos.

Forma y dirección.- Tienen la forma de un ovoide aplanado transversalmente y cuyo eje mayor está dirigido verticalmente. Se distinguen en él dos caras externa e internas bordes anterior y posterior , dos extremos superior e inferior

Cara externa.- Esta aplicada al peritoneo parietal que cubre la pared lateral de la excavación pélvica inmediatamente por detrás de los ligamentos anchos, a nivel del ovario la pared pélvica presenta una depresión limitada por atrás por la arteria hipogástrica y el ureter, por arriba por la iliaca externa por delante por la hoja posterior del ligamento ancho, se da a esta depresión el nombre de fosa ovarica.

Cara interna.- Esta cubierta por el pabellón de la trompa y la perición proxima del mesosalpinx.

Borde posterior.- Es libre y corresponde a los vasos hipogástricos y al ureter.

Extremo superior.- Corresponde a la segunda acedadura de la trompa en el que se fija el ligamento suspensorio del ovario.

Extremo inferior.- Da inserción al ligamento utero-ovarico.

Ligamentos del ovario.- Se distinguen tres, el ligamento suspensorio del ovario el ligamento utero-ovarico y el ligamento tuboovárico

Constitución anatómica.- El ovario esta formado por una substancia periférica cortical muy delgada que contiene óvulos y una substancia medular en continuidad con el hilio .

Vasos y nervios.- Arterias.- Son suministradas por la uteroovárica, la arteria uteroovárica rama de la aorta desciende a la cavidad pélvica penetra en el borde del útero hasta el angulo superior de este órgano cambia entonces de dirección y se dirige transversalmente en el espesor del ligamento ancho hasta el hilio del ovario en donde se anastomosa con la uteroovárica. Las ramas arteriales destinadas al ovario nacen de la pared terminal de estas dos arterias y también de la anastomosis subovárica que las une.

Venas.- Van a las venas uterinas y a las venas uteroováricas estas suben siguiendo las arterias homónimas y desemboca a la derecha en la vena cava a la izquierda en la vena renal.

Linfáticos.- Van a los gánглиos yuxtaaórticos.

Nervios.- Vienen del plexo que acompaña la arteria ovárica

TROMPAS UTERINAS:

Sea dos conductos que prolongan hacia afuera los angulos laterales del útero hacia la superficie del ovario por ellas los óvulos llegan al útero.

Dimensiones.- Miden 10 a 14 cm. de longitud.

División.- Se distinguen 4 partes que son de adentro afuera la porción intersticial, el istmo, la ampolla y el pabellón.

Configuración exterior y relaciones.- Porción intersticial.- Comienza en el orificio que presentan los angulos laterales de la cavidad uterina y comprende toda la porción del conducto tubárico comprendido en la pared del útero mide por termino medio un centimetro de longitud y 0.5cm. de diámetro.

Istmo.- Continua la porción anterior se extiende horizontalmente de adentro afuera desde el angulo lateral del útero hasta el extremo inferior del ovario , su longitud es de 3 a 4 cm. su calibre de 2 a 3cm

Ampolla.- La ampolla sube primero verticalmente a lo largo del borde anterior del ovario formada por el istmo .

Pabellón.- Es la extremidad en forma de embudo con que termina la trompa presenta una cara periferica tapizada por el peritoneo, una cara central irregular en la que se abre un orificio que hace comunicar el conducto irregular de la trompa con la cavidad peritoneal y por ultimo una circunferencia cortada en franjas de 10 a 15 y de 1 a 3 cm de longitud .

Relaciones con el peritoneo.- Ocupa el borde superior de los ligamentos anchos esta cubierta por el peritoneo de estos ligamentos y su envoltura serosa esta unida a los ligamentos anchos propiamente dichos por un mesoperitoneo denominado mesosalpiax.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

APARATO GENITAL:

DESARROLLO NORMAL. EMBRIOLOGIA.

La primera manifestación de las gónadas se aprecia en el embrión de 4 semanas de edad, en forma de un par de eminencias longitudinales. Los pliegues o crestas gonadales o genitales a cada lado de la línea media entre el mesencefalo y el mesenterio dorsal se forman por proliferación del epitelio celómico y condensación del mesenquima subyacente.

Las células germinativas solo aparecen en los pliegues genitales hasta la sexta semana de vida intrauterina.

En embriones humanos y de mamíferos las células germinativas primordiales aparecen en etapa temprana del desarrollo y el periodo inicial se sitúa en la pared del saco vitelino cerca de la alantoides - desde este sitio emigran por movimientos ameboides siguiendo el mesenterio dorsal del intestino posterior hacia la región de los pliegues gonadales. En la sexta semana de desarrollo las células germinativas primordiales invaden los pliegues genitales en caso de no llegar a estos últimos las gónadas no se desarrollan y la disgenesia gonadal es un síndrome plenamente comprobado en la mujer.

Las células germinativas primordiales tienen influencia inductora sobre el desarrollo de la gónada en el ovario.

Periodo indiferenciado de la gónada.- Poco antes de la llegada de las células germinativas primordiales y durante la misma el epitelio celómico de pliegue gonadal prolifera y las células epiteliales se introducen en el mesenquima subyacente en el cual forman varios cordones irregulares o cordones sexuales primitivos que poco a poco rodean las células germinativas primordiales invasoras.

en embriones masculinos y femeninos estos cordones están unidos al epitelio de la superficie y en esta etapa del desarrollo es imposible diferenciar entre gonadas masculinas o femeninas en consecuencia a la gónada se denomina indiferente

Ovario.- En el varén los cordones sexuales primitivos estan bien definidos en cambio en la mujer el mesénquima invasor los diagrega en pequeños acúmulos celulares, estos acúmulos que poseen grupos de células germinativas primordiales están situados principalmente en la porción medular del ovario despues desaparecen y son substituidos por estroma vascularizado, el cual forma la medula ovárica, los rasgos característicos del ovario se tornan identificables mucho despues que los testículos.

El epitelio superficial de la gónada femenina se conserva grueso y sigue proliferando , en la septima semana origina una segunda generación de cordones corticales que se introducen en el mesénquima subyacente pero permanecen cerca de la superficie de la glándula, en el cuarto mes estos cordones también son disgregados en acúmulos celulares aislados cada uno de ellos alrededor de una ó mas células germinativas primitivas. Las células germinativas ulteriormente se convierten en oogonios y las células epiteliales circundantes que provienen del epitelio superficial forman la células foliculares. Los cordones corticales secundarios son características de la gónada femenina en la mujer igual que en el varén hay cierto número de tubos mesonéfricos excretores (conductillos o vasos eferentes) pero la falta de tubos medulares en forma de red ovárica explica que las célu-

las germinativas se desprenden de la superficie del ovario y no sean transportadas por tbes medulares a la porción principal del conducto genital.

Conductos genitales. Periodo indiferenciado.- En la sexta semana de vida intrauterina los embriones masculinos y femeninos tienen dos pares de conductos genitales, los conductos mesonefricos o de Wolf que van desde el mesonefros hasta la cloaca y los conductos paramesonefricos o de Muller neoformados que siguen curso paralelo a de los conductos de Wolff.

El conducto de Muller o paramesonefrico nace a manera de invaginación longitudinal del epitelio celómico en la cara anterolateral del pliegue urogenital, en la porción craneal el conducto desemboca en el coeloma por virtud de una estructura infundibuliforme en dirección caudal primero se sitúa por fuera del conducto mesonefrico pero despues le cruza ventralmente y se desarrolla en dirección caudal e interna En la línea media se pone en contacto con el conducto de Muller del lado opuesto, en etapa inicial los conductos estan separados por un tabique pero ulteriormente se fusionan y forman el conducto uterino el tabique entre los conductos pueden persistir largo tiempo , el extremo caudal de los conductos combinados sigue creciendo en dirección caudal hasta ponerse en contacto con la pared posterior del seno urogenital, dentro del seno los conductos de Müller producen un pequeño abultamiento el tuberculo de Müller, los conductos de Wolff desembocan en el seno urogenital en los lados del tubérculo de Müller .

Si el embrión es masculino el conducto de Wolff forma el conducto genital principal (conducto deferente y el conducto de Müller desaparece casi por completo.

Si el embrión es femenino el conducto de Müller alcanza desarrollo completo y forma oviducto y útero, el conducto de Wolff desaparece con excepción de algunos vestigios.

Conductos genitales femeninos.- El conducto de Müller en el conducto genital principal de la mujer en etapa inicial se identifican tres porciones 1.- Porción craneal vertical que desemboca en el celoma 2.- Porción horizontal que cruza el conducto de Wolff y 3.- Porción caudal que se fusiona con la del lado opuesto. Al descender el ovario las dos primeras porciones se convierten en el oviducto. La abertura celómica del conducto en esta etapa se llama orificio abdominal de la trompa de Falopio.

El curso de la segunda parte del conducto de Müller tiene efecto notable sobre la posición de las estructuras en la pelvis. Cuando - sigue dirección caudal e interna los pliegues urogenitales cambian de posición y poco a poco se sitúan en plano transversal, cuando los conductos de Müller se unen en la línea media se crea un repliegue pélvico transversal ancho, este pliegue que se extiende desde las porciones externas de los conductos fusionados de Müller hasta la pared pélvica se llama ligamento ancho del útero, en el borde superior esta la trompa de Falopio y en su superficie superior el ovario.

Hay confusión acerca del origen de la vagina humana se considera que el conducto uterino antes llamado llamado conducto utero-vaginal originaba el útero y la vagina, se descarto esta teoría al observar que las evaginaciones macizas de la pared posterior del seno urogenital experimentaban canalización y de esta manera participaban en la formación de la vagina. Según esta teoría las cuatro quintas par-

tes superiores de la vagina derivan del conducto uterino y la quinta parte inferior proviene del seno urogenital, la teoría mas aceptada es que la vagina proviene en su totalidad del seno urogenital.

La punta caudal maciza de los conductos de Müller alcanza la pared posterior del seno urogenital en la novena semana de vida intrauterina, poco despues se advierten dos evaginaciones macizas en la porción pélvica del seno urogenital en la región de los conductos de Müller, estas evaginaciones llamadas bulbos sinovaginales proliferan intensamente y forman una lámina maciza del útero comienza a canalizarse en la porción caudal en los embriones de 11 semanas aproximadamente .

Mientras tanto continua la proliferación en el extremo craneal de la lámina lo cual aumenta la distancia entre el interior del útero y del seno urogenital, para el quinto mes la evaginación vaginal ha presentado canalización completa y las prolongaciones a manera de alas de la lámina alrededor del extremo del útero forman los fondos de saco vaginal. El interior de la vagina permanece separado del interior del seno urogenital de una lámina delgada llamada himen consiste en el revestimiento epitelial del seno y en una capa delgada del mesoderme .

Los conductos fusionados de Müller que originan cuerpo y cuello del útero estan rodeados por una capa de mesénquima con el tiempo el mesénquima forma una túnica muscular gruesa para el útero llamada miometrio , la vagina que proviene de los bulbos sinovaginales esta rodeada de escasa fibra muscular.

Aunque en la mujer el sistema mesonéfrico no tiene participación alguna en la adulta pueden encontrarse algunos restos de los tubos ex-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

creteros y una pequeña porción del conducto mesonéfrico o de Wolff están situados en el mesoovario donde forman el epoofero, los tubos mesonéfricos de situación mas caudal forman el paroofero, el conducto de Wolff desaparece excepto una pequeña porción craneal que se presenta en el epoofero y a veces una pequeña porción caudal que en etapa ulterior de la vida puede producir un quiste llamado quiste de Gardner en la pared de la vagina o del útero.

Las modificaciones de los genitales externos son menos notables en la mujer que en el varón, el tuberculo genital se alrga poco y - se forma el clitoris los plieges uretrales no se fusionan como en el varón sino se convierten en labios menores, las prominencias genitales crecen mucho y dan origen a los labios mayores, el surco urogenital queda abierto y forma el vestibulo.

HISTOLOGIA:

OVARIOS:

Se clasifican como glándulas dado que producen secreciones exocrinas y endocrinas, se localizan a cada lado del útero en la pared lateral de la cavidad pélvica cada uno de ellos esta unido en uno de sus bordes, el hilio por el mesoovario repliege de peritoneo, al ligamento ancho del útero, la cubierta peritoneal del mesoovario se continua con el estroma ovárico, la cubierta peritoneal del mesoovario termina en el hilio y es sustituida por una capa de células cúbicas el epitelio germinativo que cubre la superficie libre del ovario, falta la membrana basal, por debajo del epitelio hay una capa de tejido conectivo denso la túnica albugínea cuya densidad aumenta con la edad.

En cortes del ovario pueden distinguirse dos zonas una capa externa la corteza u una porción interna la médula que se une con el tejido conectivo vascular del mesovario en el hilio, la medula incluye tejido conectivo fibroelástico y nervios grandes, el estroma contiene hileras diseminadas de fibras de músculo liso, la corteza incluye un estroma celular compacto que contiene los folículos ováricos, el estroma esta compuesto de redes de fibras reticulares y células fusiformes, el tejido elastico es escaso y aparece unicamente en las paredes de los vasos sanguíneos. Pueden apreciarse folículos en todas las etapas de desarrollo y el aspecto de la corteza ovárica depende de la edad de la mujer y de la etapa del ciclo ovárico, antes de la pubertad solamente se observan folículos primitivos la madurez sexual se caracteriza por la presencia de folículos en crecimiento y sus productos terminales (Cuerpo amarillo, folículos atresicos) despues de la

menopausia desaparecen los folículos y la corteza senil se transforma en una zona estrecha de tejido conectivo fibroso.

Trompas de Falopio:

Las trompas de Falopio son órganos pares que se extienden del ovario al útero en un pliegue del peritoneo en el borde superior libre del ligamento ancho, miden de 12 a 15 cm. de longitud y 1 cm. de diámetro, el extremo de la trompa en relación con el ovario se abre en la cavidad peritoneal; el otro extremo desemboca en la cavidad uterina. Puede dividirse la trompa en cuatro regiones; el infundíbulo que es un orificio en forma de embudo en la cavidad peritoneal, sus márgenes ocupadas por numerosos pliegues o fimbrias, el segmento intermedio que incluye dos tercios de longitud de la trompa que es la ampolla de paredes delgadas, se unen al istmo delgado y estrecho que conectan con el útero la cuarta parte la porción intramural e intersticial es la continuación de la pared uterina, la pared de la trompa se engrosa progresivamente en dirección al útero en tanto que la luz disminuye en su trayecto.

La pared de la trompa de Falopio incluye una membrana mucosa una capa muscular y una serosa. El revestimiento mucoso está dispuesto en pliegues longitudinales, en la ampolla los pliegues se ramifican y se unen entre sí para dividir la luz en un verdadero laberinto. En el istmo los pliegues pocas veces se dividen y en la porción intramural de la trompa los pliegues son muy pequeños. El epitelio incluye células cilíndricas simples algunas de ellas ciliadas en tanto que otras carecen de cilios. Las células no ciliadas son estrechas y en forma de clavija y parecen tener carácter secretor. Las células ciliadas aparecen en pequeños grupos alternando con grupos de células

La proporción de células con cilios es mayor en el infundíbulo y menor en el istmo. El movimiento ciliado está orientado hacia el útero la altura del epitelio varía en cierto grado con el ciclo reproductor y es mayor durante la fase folicular y menor en la lútea. Durante el embarazo el epitelio es bajo y aumenta el número de células en clavijs.

La lámina propia de la mucosa está compuesta de tejido conectivo que presenta celularidad intensa y que contiene algunas células fusiformes diseminadas, no hay membrana basal precisa, en el borde del infundíbulo el revestimiento mucoso de la trompa se continúa con el mesotelio de la serosa. 2.- Muscularis.- La mucosa está aplicada directamente a la capa muscular que consiste en una capa circular interna ancha y una capa externa delgada, la capa externa no es continua sino que consiste en haces diseminados de fibras longitudinales, en el útero la muscular aumenta de grosor. 3.- Serosa.- La trompa uterina está cubierta por un pliegue de peritoneo reflejado, la serosa que incluye tejido conectivo laxo revestido de mesotelios las capas profundas de tejido conectivo contienen los haces longitudinales de la muscular. Numerosos vasos sanguíneos y linfáticos se encuentran en la lámina propia y en la serosa, los nervios forman un plexo abundante en la serosa sitio desde donde las fibras nerviosas pasan para innervar las fibras musculares y la mucosa.

Útero.- Es el segmento de paredes gruesas del aparato reproductor femenino que está entre las trompas de Falopio y la vagina es un órgano periforme algo aplanado en dirección dorso-ventral y tiene 7cm de longitud 5cm. de ancho y de 2 a 3cm. de grosor en promedio. Pueden apreciarse dos porciones principales cuerpo y cervix. La pared de útero-

La pared del útero incluye tres capas externa o serosa, media o muscular y mucosa o endometrio.

Serosa.- Es una capa única de células mesoteliales sobre una capa delgada de tejido conectivo, se continua a cada lado del útero con el peritoneo del ligamento ancho y falta en la mitad inferior de la cara anterior.

Miometrio.- Es una capa gruesa de músculo liso de 12 a 15mm de grosor, las fibras musculares están dispuestas en haces separadas por tejido conectivo, las fibras individuales son grandes y tienen longitud de 40 a 90 micras, durante el embarazo las fibras aumentan de tamaño y pueden llegar a tener 600 micras o más

Endometrio.- Consisten en glándulas que descansan en estroma fibroso y el cual varía en su forma dependiendo del día del ciclo, en términos generales en la fase proliferativa las glándulas son cortas y estrechas con abundante estroma en la fase secretora las glándulas son grandes y tortuosas con edema del estroma en fases finales de la secretora hay abundantes polimerfocitos y aparece necrosis y hemorragia.

Cervix.- Comprende un epitelio y una lámina propia el epitelio incluye células cilíndricas altas que secretan moco. Los núcleos ovales se encuentran en las bases de las células y el citoplasma superior es pálido algunas de las células son ciliadas, numerosas glándulas ramificadas se extienden en la lámina propia, las glándulas a veces se transforman en quistes llamados de Naboth, la lámina propia es tejido conectivo denso, la parte del cervix que sobresale en la vagina está cubierta por epitelio estratificado no queratinizado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

zado, la transición entre el epitelio cilíndrico simple del conducto cervical y el epitelio estratificado plano de la porción vaginal es súbita y ocurre exactamente en el interior del conducto cervical. La mucosa descansa en tejido conectivo colágeno denso, la musculatura lisa está dispuesta en haces irregulares.

MATERIAL Y METODOS

Se analiza una correlación clínica patológica en 336 pacientes a quienes se les efectuó hysterectomias vaginales, abdominales e hysterectomias abdominales mas salpingooforectomia realizadas en el Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social clínica # 24 de Peza Rica Ver. el periodo comprendido es de 1980 a 1983, para - este estudio fué necesario revisar los expedientes del archivo de consulta externa encontrandose los siguientes resultados.

| Diagnóstico patológico | No. |
|-------------------------------------|-----|
| 1.- Uteros sanos | 93 |
| 2.- Queratinización de endocervix | 72 |
| 3.- Miomatosis uterina | 59 |
| 4.- Ca de cervix | 47 |
| 5.- Adeniosis | 13 |
| 6.- Cistoadenoma papilar del ovario | 6 |
| 7.- Quistes de naboth | 4 |
| 8.- Polipos cervicales | 4 |
| 9.- Quiste dermoide de ovario | 4 |
| 10.- Otros | 34 |
| TOTAL | 336 |

Las edades observadas fueron entre 17 y 85 años en la siguiente una tabla de frecuencia estadística por edades y polígono de frecuencia, muestro los resultados.

Fatta

pag

21

ESTADÍSTICA POR EDADES

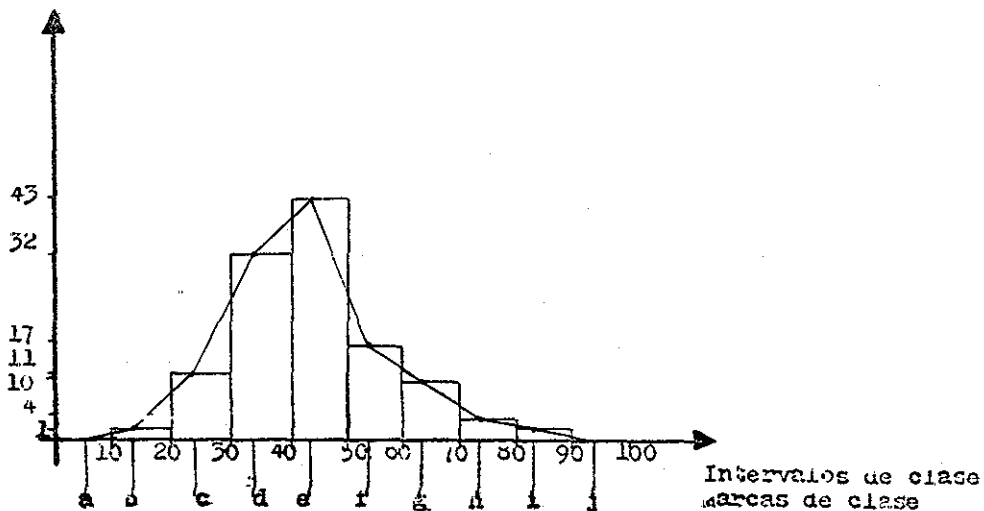
TABLA DE FRECUENCIA

RANGO: 85-17 = 68

| Intervales de Clase | Limites Reales | Marca de clase | Frecuencia (F) | Frecuencia Relativa | Frecuencia Acumulada | Frecuencia Acumulada % |
|---------------------------|-------------------|----------------|---------------------|------------------------|-------------------------|------------------------------|
| 0-9 | .5 - 9.5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10-19 | 9.5 -19.5 | 14.5 | 2 | 0.065289 | 2 | 1.65289 |
| 20-29 | 19.5-29.5 | 24.5 | 11 | 0.090909 | 13 | 9.0909 |
| 30-39 | 29.5-39.5 | 34.5 | 32 | 0.2644628 | 45 | 26.44628 |
| 40-49 | 39.5-49.5 | 44.5 | 43 | 0.3553719 | 88 | 35.53719 |
| 50-59 | 49.5-59.5 | 54.5 | 17 | 0.1404958 | 105 | 14.04958 |
| 60-69 | 59.5-69.5 | 64.5 | 10 | 0.0826446 | 115 | 8.26446 |
| 70-79 | 69.5-79.5 | 74.5 | 4 | 0.0330578 | 119 | 3.30578 |
| 80-89 | 79.5-89.5 | 84.5 | 2 | 0.165289 | 121 | 16.5289 |
| 90-99 | 89.5-99.5 | 94.5 | 0 | 0 | 0 | 0 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

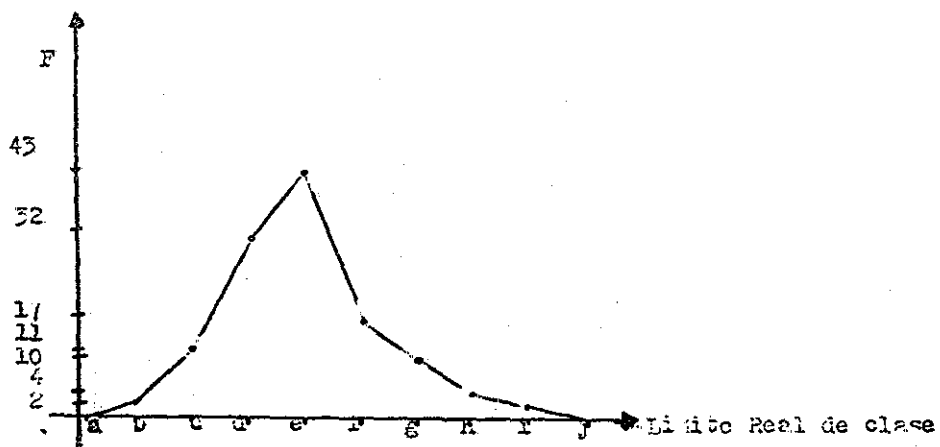
HISTOGRAMA DE EDADES Y POLIGONOS DE FRECUENCIA



MARCAS DE CLASE

| | |
|---------|---------|
| a.- .5 | i.-54.5 |
| b.-14.5 | j.-64.5 |
| c.-24.5 | k.-74.5 |
| d.-34.5 | l.-84.5 |
| e.-44.5 | m.-94.5 |

GRAFICA DE FRECUENCIA



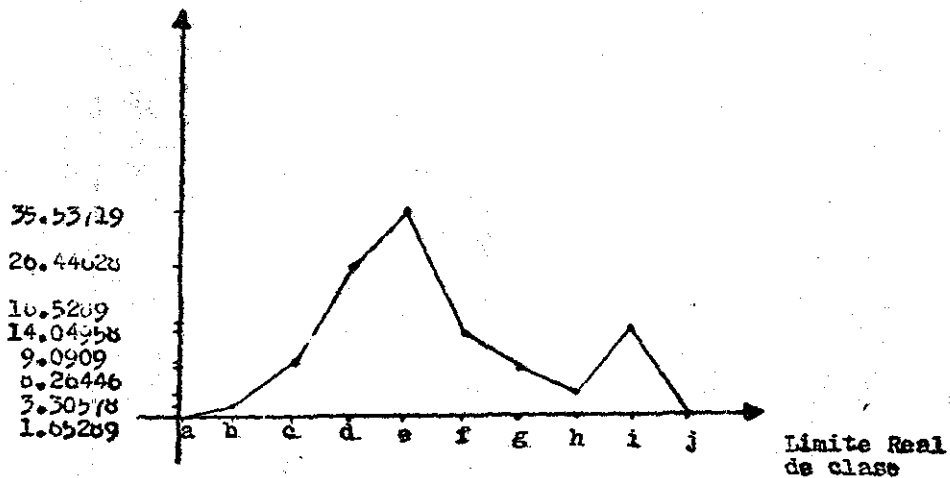
Límites Real de clase

a.- .5
b.- 9.5
c.- 17.5
d.- 27.5
e.- 39.5

f.- 49.5
g.- 57.5
h.- 67.5
i.- 79.5
j.- 89.5

GRAFICA DE FRECUENCIA

ACUMULADA PORCENTUAL



Limites Real de Clase

| | |
|---------|---------|
| a.-5 | i.-49.5 |
| b.-9.5 | g.-59.5 |
| c.-19.5 | h.-69.5 |
| d.-29.5 | i.-79.5 |
| e.-39.5 | j.-89.5 |

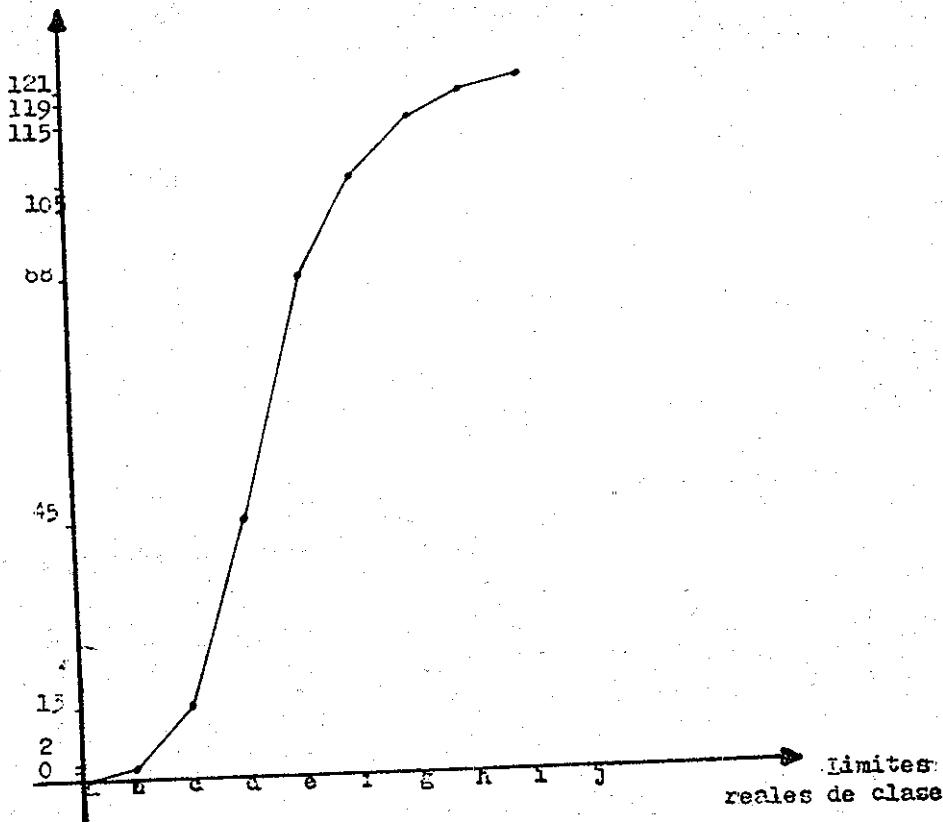
Encontramos que el promedio de edad es menor en comparación con otras estadísticas en el cual es de 30 años mínima y 55 años máxima.

Se estudiarán 93 uteros sanos en los cuales se encuentre diferentes diagnósticos clínicos como son: metrorragia disfuncional, poliposis endocervical, miomatosis uterina, histerectomía profiláctica, cervicitis crónica, adenomiosis, metaplasia escamosa, sangrado vaginal por fibrosis uterina, síndrome post-salpingoclasia, endometritis crónica.

72 Histerectomías por queratinización de endocervix con el diagnóstico clínico predominante de prolapso genital. 59 por miomatosis uterina con el diagnóstico clínico de leiomiomas intramural y subseroso. 47 de carcinoma de cervix con los diagnósticos clínicos ca intraepitelial con penetración a glándulas endocervicales, adenomiosis con el mismo diagnóstico clínico. 6 cistoadenomas papilares con el mismo diagnóstico clínico, quistes de naboth 4, poliposis cervical 4, quiste dermoide 4, polipos cervicales 4, quiste dermoide 4 con poca frecuencia se presentarán las siguientes lesiones.

| | |
|------------------------------------------|---|
| a.- Hiperplasia adenomatosa | 4 |
| b.- Hidrosalpix folicular | 1 |
| c.- deciduitis aguda | 1 |
| d.- Herida quirúrgica en istmo | 2 |
| e.- C.A. de útero | 3 |
| f.- Hiperplasia quística | 3 |
| g.- Placenta acreta del primer trimestre | 1 |
| h.- Embarazo tubario rete | 1 |
| i.- Quiste hemorrágico de ovario | 1 |
| j.- Adenocarcinoma de endometrio grado I | 1 |
| k.- Elongación cervical | 1 |
| l.- Sin diagnóstico clínico | 9 |

TABLA DE FRECUENCIA ACUMULADA



Límites reales de clase

a.-.5
 b.-9.5
 c.-19.5
 d.-29.5
 e.-39.5

f.-49.5
 g.-59.5
 h.-69.5
 i.-79.5
 j.-89.5

Ref. (4,5,6,7 y 8)

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Correlación clínico patológica de uteros sanos encontrados en la revisión efectuada en el Instituto Mexicano del Seguro Social C24 en Peza Rica Ver.

| DIAGNOSTICO PATOLOGICO | DIAGNOSTICO CLINICO | No |
|-----------------------------------|------------------------------------------|----|
| 1.- Endocervicitis crónica | metrorragia disfuncio- nal. | 2 |
| 2.- Utero y anexos sanos | Peliposis endocervical | 3 |
| 3.- Utero y anexos sanos | miomatosis uterina | 7 |
| 4.- Utero y anexos sanos | Histerectomia profilac- tica | 1 |
| 5.- Endocervicitis crónica | Histerectomia profilac- tica | 6 |
| 6.- Cervix y miometrio normales | Cervicitis crónica | 2 |
| 7.- Utero y anexos sanos | Adeniosis | 3 |
| 8.- Utero y anexos sanos | Miomatosis uterina | 10 |
| 9.- Utero sano | Metaplasia escamosa | 1 |
| 10.- Endocervicitis crónica | Miomatosis uterina | 12 |
| 11.- Exe-endocervicitis | sangrado vaginal per fibrosis uterina | 1 |
| 12.- Utero y anexos sanos | Síndrome post-salpingo- clasia | 1 |
| 13.- Endocervicitis crónica | Polipo cervical | 2 |
| 14.- Utero y anexos sanos | Cistoadenoma de ovario | 1 |
| 15.- Exe y endocervicitis crónica | Endometritis crónica | 1 |
| 16.- Quistes de Naboth | Miomatosis uterina | 1 |
| 17.- Utero y anexos sanos | Sin diagnóstico | 5 |
| 18.- Endocervicitis crónica | Cervicitis crónica | 5 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO PATOLOGICO

- 19.- Endocervicitis crónica
- 20.- Endocervicitis crónica
- 21.- Endocervicitis crónica
- 22.- Utero y anexos sanos
- 23.- Exe y endocervicitis crónica

- 24.- Utero y anexos sanos

- 25.- Cervicitis crónica

- 26.- Endocervicitis crónica
- 27.- Endocervicitis crónica
- 28.- Endocervicitis crónica

- 29.- Utero y anexos sanos

DIAGNOSTICO CLINICO

No

- Sin diagnóstico 6
- Pariedad satisfecha 1
- Probable adenemiosis 5
- Descartar cacu 1
- Hiperplasia adenemate-
sa de endometrio 1
- Metrorragia disfuncio-
nal 3
- pre-menopausia Vs Mic-
natesis 1
- Hiperpolimenorrea 2
- Cistadenoma de ovario 2
- Probable endometritis y
salpingitis crónica 1
- Displasia moderada 6

TOTAL ----- 93

TABLA PORCENTUAL DE DIAGNOSTICO PATOLOGICO.

| Diagnóstico patológico | Nº de casos | % |
|------------------------------------------|-------------|------------|
| 1.- Uteros sanos | 93 | 27.67 |
| 2.- Queratinización de endocervix | 72 | 21.42 |
| 3.- Miomatosis uterina | 59 | 17.55 |
| 4.- C.A. de cervix | 47 | 13.98 |
| 5.- Otros | 34 | 10.11 |
| 6.- Adenomiosis | 13 | 3.86 |
| 7.- Cistadenoma papilar seroso de ovario | 6 | 1.78 |
| 8.- Quiste de Naboth | 4 | 1.19 |
| 9.- Quiste dermoide de ovario | 4 | 1.19 |
| 10.- Pelipo cervical | 4 | 1.19 |
| TOTAL | 336 | 100 |

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Falta

pag

30

DIAGNOSTICOS CLINICOS TOTALES DE UTEROS SANOS.

| CLINICO | No. |
|---------------------------------------------|-----|
| 1.- Miomatosis uterina | 31. |
| 2.- Se ignora | 11. |
| 3.- Adenomiosis | 8 |
| 4.- Histerectomia profilactica | 7 |
| 5.- Cervicitis crónica | 7 |
| 6.- Displasia moderada | 6 |
| 7.- Metrorragia disfuncional | 5 |
| 8.- Polipos cervicales | 5 |
| 9.- Cistoadenoma de ovario | 3 |
| 10.- Hiperpolimenorrea | 2 |
| 11.- Descartar ca cu | 1 |
| 12.- Hiperplasia adenomatosa del endometrio | 1 |
| 13.- Premenopausia | 1 |
| 14.- Endometritis y salpingitis crónica | 1 |
| 15.- Metaplasia escamosa | 1 |
| 16.- Síndrome post-salpingoclasia | 1 |
| 17.- Pariedad satisfecha | 1 |
| 18.- Endometritis crónica | 1 |
| TOTAL | 93 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIOS.

Comparando nuestro estudio con otro de 2132 hysterectomias en un periodo de 27 años se observo que se han realizado mas hysterectomias en nuestro Hospital. La hysterectomia se justifica en algunos casos como son pacientes premenopausicas con legrados previos rebeldes a tratamiento y con diagnóstico patológico de hiperplasia endometrial la misma que en los leiomiomas de grandes elementos, carcinoma "in Situ" y salpingitis ooforitis rebeldes a tratamiento. En nuestro Hospital se encontrarán 48 casos sin justificación anatomopatologica —

En los casos de prolapso también se justifica la hysterectomia aunque en si no es un padecimiento del útero es consecuencia de la anatomia de las estructuras de soporte de los órganos pélvicos , en un estudio del CM la raza en 425 pacientes con prolapso , 77.17% tuvieron cistecole y 71.76% rectecole también se señala la frecuencia de incontinencia urinaria.

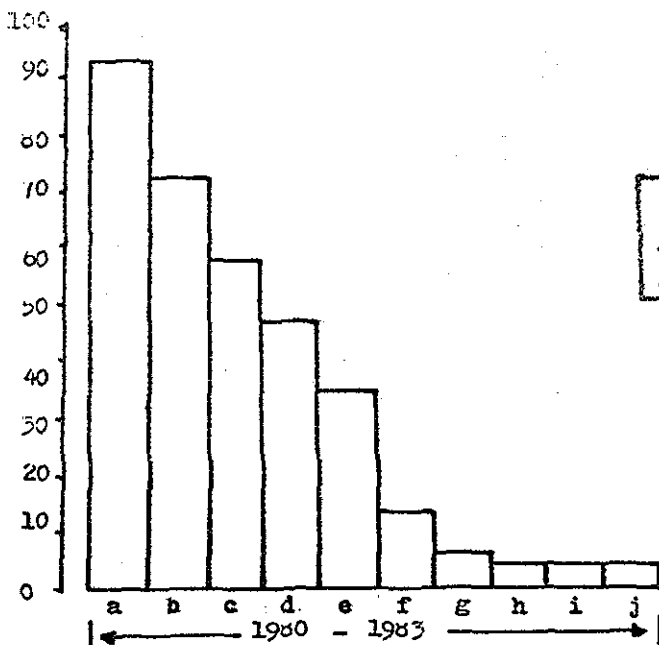
Otros estudios de hysterectomias como es de de Baylor de la universidad de Hoston las cuales fuerón con anexes indican con son justificadas por endometriosis pelvica y ciertos tumores de ovario pero nunca se justifica la ooforectomia en tejido sano .

En nuestro Hospital se realizarán 336 hysterectomias y 140 con anexes la gran mayoria sin justificación .

La hysterectomia incluye un riesgo quirúrgico grande con complicaciones post-operatorias hasta de 2 meses despues de la intervencióm Las complicaciones post-operatorias mas frecuentes son disfunción vesical transitoria, infección vaginal y pelvica, linfocole y fistula

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA DE DIAGNOSTICO
PATOLOGICO



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEDIA $\frac{556}{10}$ 55.6

RANGO 80-2 78

| DIAGNOSTICO PATOLOGICO | No. |
|-------------------------------------------|-----|
| a.- UTEROS SANOS | 93 |
| b.- Queratinización de Endocervix | 72 |
| c.- Miomatosis uterina | 59 |
| d.- C.a. de Cervix | 47 |
| e.- CEROS | 34 |
| f.- Adeniosis | 15 |
| g.- Cistoadenoma papilar seroso de ovario | 6 |
| h.- Quiste de Naboth | 4 |
| i.- Quiste dermoide de ovario | 4 |
| j.- Poliposis cervical | 4 |

Ref. (4,5,6,7 y 8)

uretere-vaginal, existe también un caso reportado de aneurisma de la arteria iliaca y la paciente sufrió amputación arriba de la rodilla

Es de considerarse la secuela emocional despues de la histerectomia en el cambio de conducta de las pacientes como son; depresión, hipocandriosis, ansiedad, insemnie, pérdida de apetito y disminución de la libide inclusive histeria.

Por lo anteriormente comentado no es justificada la histerectomia profilactica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

1.- Es necesario que al realizar una histerectomia se efectue un estudio clinico integral. Este es el factor más importante para tratar de tener un mínimo error y no someter a la paciente a un riesgo quirúrgico o a una complicación.

2.- No realizar histerectomias profilacticas ya que no es necesario someter a una paciente a un riesgo tanto anéste-sico como quirúrgico a una serie de complicaciones como es principalmente una fistula urinaria.

3.- Se observarón casos de carcinoma invasor sin radioterapia previa y se les realice histerectomia, para realizar una histerectomia en una paciente con carcinoma invasor se debe efectuar una biopsia para determinar que es una carcinoma "In Situ" e invasor esto se debe hacer posterior a una citológiasí presenta alguna alteración, este es muy importante ya que si se efectua una histerectomia a un carcinoma invasor sin previa radioterapia presentara una probable diseminación.

4.- 93 casos fuerón uteros sanos con una mala correlación clinico-patológica.

5.- Las indicaciones de histerectomia abdominal son principalmente miomatosis, adenomiosis, hiperplasia endometrial que incluye los casos catalogados como sangrado uterino disfuncional despues del fracaso de terapeutica conservadora y legrados, con excepción de aquellos que estan en la quinta decada de la vida en que es de elección

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la histerectomia. La histerectomia vaginal la principal indicación la constituyen los casos de prolapso uterino asociado a alteraciones de estatica pelvigenital de diversa magnitud, en pacientes de 40 años o mas con e sin patología uterina o anexial se observa la frecuencia de prolapso uterino .

6.- La histerectomia con salpingooforectomia tine indicaciones específicas como endometriosis pelvica, algunos tumores ovaricos se invoca la posibilidad que presenten patología por lo cual la valoración de la actividad ovárica después de una histerectomia es importante en en todos los casos.

7.- Las edades fluctuarán la minima de 17 años y la máxima 85el promedio de edad es 30 años minima y 55 años máxima en comparación con otras estadísticas.

8.- Porcentaje de diagnósticos patológicos.- Se encontro un porcentaje alto de uteros sanos un 27.67% ; por queratinización de endocervix fué de 21.42%, por miomatosis uterina 17.55% por carcinoma de cervix 13.98% estas fueron las frecuencias mas altas.

9.- Se encontro que no har una correlación adecuada entre el diagnóstico clínico y el patológico en la mayeria de los casos

DX PATOLOGICO

DX CLINICO.

| | | |
|----------------------------|----------------------------|----|
| a.- endocervicitis crónica | Histerectomia profilactica | 6 |
| b.- Utero sano | Miomatosis | 10 |
| c.- Utero sano | Miomatosis | 7 |
| d.- Endocervicitis crónica | Miomatosis | 12 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10.- Generalmente no se toma en cuenta la secuela psicológica en la paciente histerectomizada, razón por lo cual es necesario que se realice un examen psicológico para evitar las alteraciones de conducta de estas pacientes, estas pacientes mostrarán alteraciones emocionales por pérdida uterina atribuidas a la cirugía.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Reuviere H Anatomia del utero: Compendio de anatomía y disección Salvat reimpresión revisada p 587-602-
- 2.- Langman Jam: Desarrollo humano normal y anormal.Tercera edición 1976 Editorial interamericana p 159-170
- 3.- Lesson S Thomas : Aparato reproductor femenino. Histología . editorial interamericana Segunda edición 1970 p 379-404
- 4.- Bernar Castle .- Estadística aplicada Editorial limusa
- 5.- Downie E.R. Basic statical Methods Editorial Haroer International Student Reprinsts (Méx)
- 6.- Erwin Kreyszing: Estadística matematica :Limusa (Méx)
- 7.- Murray R Spiegel : Statistics : Schuauma Out line series.
- 8.- Ronald W Walpone "Introduction Statistics. The mac Willian company Collier . Mac Milliam. Limited London.
- 9.- Pérez de Slazar J.L. : Histerectomias: ginecología y obstetricia de México Enero-feb 1965 Vol XX No 14p 59.76.
- 10.- Brave Sandoval J Histerectomia vaginal en pacientes con prolapso uterino : Ginecología y obstetricia de México feb 1979 vol 45 año XXXIV no 268 p 121-237-
- 11.- Letze Eberhard: Routine oophorectomy During Hyssterectomy Bayler -College of Medicine Houston Jama april 6 1979 Vol 241 No 14 p 1601.
- 12.- Rodríguez Cuevas : Las complicaciones post-operatorias de la histerectomia radical: Ginecología y obstericia de México may 82 Vol 50 No 301.



13.- Murray M. J. Checectectomy and abdominal hysterectomy
Jama Nov 21 1980 Vol 244 No 20.

14.- Hester Jawrence 1 Jr iliac artery aneurysm complication of
hysterectomy The american College of obsterics and Gynecology

15.- Garcia thmara .Tumores de musculo liso estudio clínico -
patológico y ultraestructural Patología Vol 18 p 221-238

16.- Don soan M.D. F.A. The emotional and psychosexual aspects of
hysterectomy Obstet gynecol 131: 598 1978 Vol 131 No 6 p 598-605

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN