

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ZEJ



**HISTERECTOMIA VAGINAL Y MIOMATOSIS EN
PACIENTES DE LA TERCERA EDAD**

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:

Dr. Hernando Alberto Murillo Segovia

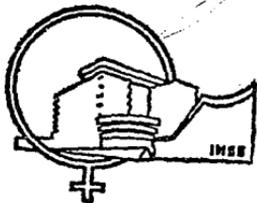
TUTORES:

Dr. Sebastián Iris de la Cruz

Dr. Carlos Morán Villota

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE INVESTIGACION EN MEDICINA REPRODUCTIVA
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAÑO AYALA"

MEXICO, D.F. 1995



HCO "LUIS CASTELAÑO AYALA"



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.

René Bailón Uriza
Director

Dr. Francisco Javier Gómez García
Jefe de Enseñanza e Investigación

Dr. Sebastián Iris de la Cruz
Jefe de Uroginecología

Dr. Carlos Morán Villota
Jefe de Ginecología Endocrina

Agradecimientos

A mis padres: Por la fe que tuvieron en mí, por el gran apoyo recibido; estaré eternamente agradecido.

A mi esposa Gladys y a mis hijas Viviana y Natalia quienes han sabido afrontar la distancia que nos separa y que con amor hicieron posible la finalización de este largo camino.

Gracias

Se reconoce la colaboración de las siguientes personas para el desarrollo de esta tesis:

Q. Edgar Barahona, quien desarrolló el análisis estadístico

Dr. Sebastián Carranza Lira, por su comentario y revisión

Indice

Resumen	6
Introducción	7
Justificación del proyecto	9
Objetivos	10
Material y métodos	11
Análisis estadístico	12
Resultados	13
Discusión	14
Bibliografía	15
Tablas	17

Resumen

HISTERECTOMIA VAGINAL Y MIOMATOSIS EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD. Murillo S. Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ginecología

La finalidad de este trabajo fue determinar las características clínicas e histopatológicas de la miomatosis uterina en pacientes de la tercera edad (65 años o mas), además de evaluar la necesidad del ultrasonido en pacientes que se van a someter a histerectomía vaginal, para evitar dificultades en la extracción del útero por vía vaginal. De 69 pacientes de la tercera edad a quienes se les realizó histerectomía vaginal, solo en 14 se confirmó el diagnóstico miomatosis uterina por medio del estudio histopatológico. Se tomó un segundo grupo de pacientes con el que fueron pareadas por edad, y en ambos se calculó el volumen uterino utilizando la fórmula $(0.524)(d1)(d2)(d3)$ y el volumen de los miomas con la fórmula $4/3\pi \times r^3$. Se compararon el volumen uterino y el diámetro menor del útero, así como la edad de la menarca, menopausia y la vida menstrual, la cual se calculó restando a la edad de la menopausia la edad de la menarca. Se observó que los volúmenes uterinos fueron significativamente mayores ($p < 0.01$) que los de las mujeres que tenían miomas. Sin embargo, los diámetros menores no fueron significativamente diferentes entre los dos grupos y en ninguno de los casos con miomatosis hubo imposibilidad técnica para extraer el útero por vía vaginal. Los periodos de vida menstrual fueron significativamente mayores ($p < 0.04$) que los de las mujeres sin miomatosis. Estos resultados indican que la mujer de la tercera edad puede presentar miomatosis uterina, y por consiguiente aumento del volumen uterino, pero esto no representa un problema para la histerectomía vaginal ya que los diámetros menores de las piezas quirúrgicas pueden acomodarse al campo vaginal para su extracción. Además se reconoce a la mayor duración de la vida menstrual como posible factor de riesgo para la presencia de miomatosis.

Introducción

Los miomas son los tumores uterinos de tipo benigno más frecuentes, siendo sinónimos leiomioma, fibromioma y fibromatosis uterina, pero el término leiomioma es el más adecuado ya que indica claramente el origen del tumor en las células musculares lisas pero se utilizan indistintamente (1).

La incidencia de miomatosis es difícil determinar ya que las cifras varían según los autores y existen variaciones raciales, aceptándose que la raza negra la padece 35 % más frecuentemente que la raza blanca (2). En México la incidencia es de 15 a 20 %. En una revisión realizada por Parazzini y cols. de 275 mujeres entre 27 y 56 años con miomatosis uterina se encontró una distribución según la edad como sigue; menores de 30 años 4.7 %, 30-39 años 22.5 %, 40 a 49 años 61.8 % y mayores de 50 años 10.9 % (2).

Nathorst y Fuchs en 678 mujeres a quienes se les realizó histerectomía encontraron que la miomatosis fue la indicación para histerectomía en 79 % de los casos (3).

El papel de los estrógenos es aceptado como factor importante para el crecimiento de los leiomiomas, ya que se ha determinado una mayor concentración de receptores estrogénicos en estos al compararlos con el miometrio normal (4-5).

Las alteraciones del ciclo menstrual constituyen el signo principal, encontrándose polihipermenorrea hasta en un 80 %, seguido por el dolor abdominal en un 28 %, la dispareunia en un 6 % y otros menos frecuentes como masa abdominal y sensación de peso a nivel pélvico (1). Estos tumores pueden ser únicos pero frecuentemente son múltiples. El tamaño varía en forma considerable alcanzando en ocasiones volúmenes de 1700 cm³ ocupando casi la totalidad del abdomen mientras que otras veces son tan pequeños que solo se documentan en el estudio histopatológico (6). La forma es por lo general redonda o esférica y la consistencia es dura pero pueden sufrir procesos degenerativos que modifican su consistencia. El leiomioma esta habitualmente separado del miometrio circundante por una delgada capa de tejido areolar que se forma por la compresión ejercida por el tumor sobre el tejido normal pero cabe aclarar que no

constituye una cápsula verdadera (1). El mioma puede localizarse en el espesor del miometrio (intramural) que es el más frecuente, proyectarse hacia la cavidad uterina (submucoso) o bien hacia la cavidad abdominal (subseroso), pudiendo estas dos últimas variedades estar unidas al útero por un pedículo en forma polipoide. El leiomioma se localiza con más frecuencia en el cuerpo uterino, a continuación en el cérvix y raramente se extiende entre las hojas de los ligamentos anchos (intraigamentario) (1).

Justificación del proyecto

Los miomas son los tumores ginecológicos más frecuentes y condicionan problemas tanto por su sintomatología, complicaciones y las conductas terapéuticas utilizadas para su tratamiento.

La miomatosis uterina es la principal indicación de cirugía pélvica y si no es valorada adecuadamente la presencia de estos tumores puede imposibilitar el realizar una histerectomía vaginal. No obstante la gran cantidad de información existente sobre esta enfermedad faltan estudios sobre su presentación en mujeres de la tercera edad.

Objetivos

Analizar las características clínicas e histopatológicas de la miomatosis uterina en pacientes de la tercera edad a quienes se les realizó histerectomía vaginal.

Determinar si es necesario realizar ultrasonido a toda paciente mayor de 65 años que se vaya a someter a histerectomía en esta etapa de la vida.

Evaluar si existe alguna dificultad quirúrgica adicional durante el procedimiento de la histerectomía vaginal en este grupo de mujeres por la presencia de miomas.

Material y métodos

Se revisaron los expedientes clínicos y los informes anatomopatológicos de 74 pacientes en la tercera edad (65 o más años) a quienes se les realizó histerectomía vaginal en el Hospital "Luis Castelazo Ayala", entre enero de 1992 y diciembre de 1993, pero cinco de ellas se excluyeron por no encontrarse el estudio histopatológico. De las 69 pacientes restantes solo en 14 se documentó miomatosis uterina (Tabla I). Se realizó la medición del volumen uterino por medio de la fórmula para cuerpos elipsoidales $0.524 (d1 \times d2 \times d3)$, donde $d1$, $d2$ y $d3$ son los diámetros de las dimensiones uterinas (6). El volumen de los miomas se determinó por medio de la fórmula para la esfera $4/3 \pi \times r^3$ donde r es el radio (7). También se tuvo en cuenta el diámetro menor del útero.

Se analizó el volumen uterino y el diámetro menor del útero ya que estas determinan el grado de dificultad en la extracción del útero por vía vaginal. Además con base en estas mediciones se evaluó la necesidad del ultrasonido como examen prequirúrgico de rutina.

Se analizaron además la edad de las siguientes variables: menarca, menopausia, duración de la vida menstrual y sintomatología agregada.

A todas las pacientes se les realizó histerectomía vaginal por trastornos de la estática pelvigenital. Todas ellas cursaban con sensación de cuerpo extraño en vagina debido al prolapso uterino y ninguna presentaba sintomatología relacionada a la miomatosis uterina, encontrándose incidentalmente en el estudio histopatológico.

Se tomó un grupo control de 14 mujeres de la tercera edad, pareadas por la edad al grupo de estudio, quienes no presentaban miomatosis uterina pero también se sometieron a histerectomía vaginal.

Análisis estadístico

La comparación de los volúmenes uterinos en ambos grupos de pacientes, así como de los diámetros menores del útero se realizó por análisis de varianza, tomando como diferencia significativa a una $p < 0.05$. Se empleó un análisis similar para la comparación de la duración de la vida menstrual en ambos grupos.

Resultados

De las 69 pacientes mayores de 65 años a quienes se practicó histerectomía vaginal, en 14 se confirmó por histopatología el diagnóstico de miomatosis uterina obteniendo una frecuencia de 20.2 % en este grupo de pacientes. Se encontraron miomas intramurales en 11 pacientes, submucosos en 5 pacientes y subserosos en ninguna de ellas. Dos pacientes tuvieron miomas intramurales y submucosos a la vez. Los datos de las pacientes con miomatosis y sin ella se indican en las tablas I y sin miomatosis en la tabla II. Los resultados de las variables que se compararon en el estudio aparecen en la tabla III.

Los volúmenes uterinos de las pacientes con miomatosis uterina fueron significativamente mayores ($p < 0.01$) que los de aquellas sin miomatosis. Sin embargo, los diámetros menores del útero no fueron significativamente diferentes entre los dos grupos de pacientes.

Los periodos de vida menstrual en las mujeres con miomatosis fueron significativamente más prolongados ($p < 0.04$) que los de aquellas sin miomatosis, sin embargo no hubo diferencia significativa entre la presentación de la menarca y la menopausia entre ambos grupos.

Discusión

En el presente estudio la localización más frecuente de los miomas fue intramural (78 %), lo cual está de acuerdo con lo informado en otros centros (1,2). Algunos autores como Stovall y Schneider están de acuerdo con el uso de ultrasonido cuando clínicamente se encuentran úteros cuyo volumen es igual o mayor a $300 \pm 20 \text{ cm}^3$. En pacientes con volúmenes mayores se menciona que es conveniente un tratamiento prequirúrgico con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRHa) a fin de disminuir el tamaño uterino y la morbilidad quirúrgica o bien cambiar la vía quirúrgica abdominal por vaginal. Ellos pudieron realizar histerectomía vaginal a aquellas pacientes cuyos úteros tenían un volumen menor de $250 \pm 30 \text{ cm}^3$ (8,9). En este trabajo se observó un útero hasta de 117.3 cm^3 , el cual no presentó dificultades adicionales en la cirugía.

De acuerdo a estos resultados no se justificaría el uso rutinario del ultrasonido en pacientes que se van a someter a histerectomía vaginal en este grupo de edad, lo cual está de acuerdo con Gitsch et al. que en su estudio de 30 años de histerectomías vaginales el ultrasonido no fue un estudio rutinario en las pacientes (10).

Llama la atención que el grupo con miomatosis uterina presentó en promedio la menarca más temprana y la menopausia más tardía, lo cual representa conjuntamente un mayor período de vida con ciclos menstruales e influjo de estrógenos. Conociendo la mayor cantidad de receptores en los miomas que en el miometrio normal (4-5), es lógico que las pacientes con mayor influjo estrogénico por una vida menstrual más prolongada, sean más susceptibles a presentar miomas.

El hallazgo principal de este trabajo es que si bien los volúmenes uterinos de las mujeres con miomas son mayores que los de las mujeres sin miomas, sin embargo el diámetro menor de las piezas quirúrgicas fue similar en los dos grupos, lo cual implica que ese mayor volumen probablemente no representa una dificultad adicional para la extracción uterina.

Bibliografia

- 1) Jones HW, Seegar JG: Mioma uterino. En: Tratado de ginecología de Novak. Jones HW, Seegar JG (Eds). Ed. Interamericana, México DF 1984 pp 430-44.
- 2) Parazzini F, Vecchia C La, Negri B, Cecchetti G, Fedele L: Epidemiologic characteristics of women with uterine fibroids: A case control study. *Obstet Gynecol* 1988;72:853-7.
- 3) Nathorst-Böös J, Fuchs T, Schoultz B von: Consumer's attitude to hysterectomy. The experience of 678 women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:230-4.
- 4) Otubu JA, Buttram VC, Besch NF, Besch PK.: Unconjugated steroids in leiomyomas and tumor bearing myometrium. *Am J Obstet Gynecol* 1982;143:130-3.
- 5) Rein MS, Friedman AJ, Stuart JM, MacLaughlin DT. Fibroid and myometrial steroid receptors in women treated with the gonadotropin-releasing hormone agonist leuprolide acetate. *Fertil Steril* 1990;53:1018-23.
- 6) Friedman AJ, Daly M, Juneau-Norcross M, Rein MS: Predictors of uterine volume reduction in women with myomas treated with gonadotropin-releasing hormone agonist. *Fertil Steril* 1992;58:413-15.
- 7) Friedman AJ, Barbieri RL, Benacerraf BR, Schiff I: Treatment of leiomyomata with intranasal or subcutaneous leuprolide, a gonadotropin-releasing hormone agonist. *Fertil Steril* 1987;48:560-4.

8) Stovall TG: Gonadotropin-releasing hormone agonists: utilization before hysterectomy. *Clinical Obstet Gynecol* 1993;36:642-9.

9) Schneider D, Golan A, Bukovsky I, Pansky M, Caspi E: GnRH analogue-induced uterine shrinkage enabling a vaginal hysterectomy and repair in large leiomyomatous uteri. *Obstet Gynecol* 1991;78:540-1.

10) Gitsch G, Berger E, Tatra G: Trends in thirty years of vaginal hysterectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1991;172:207-10.

Tabla I. Datos generales de 14 pacientes en la tercera edad con miomatosis uterina

Caso	Edad	Edad menarca	Edad menopausia	Vida menstrual	Volumen uterino cm ³	Tipo de mioma	Volumen mioma cm ³	Diámetro menor uterino cm
1	70	14	47	33	47.1	I.M.	1.8	3
2	76	12	55	43	34.5	I.M.	8.2	3
						S.M.	2.6	
3	65	12	53	41	44.0	S.M.	1.8	3
4	69	11	55	44	73.3	I.M.	0.5	4
						S.M.	1.8	
5	67	14	57	43	83.8	I.M.	0.1	4
6	67	12	52	40	83.8	I.M.	4.2	4
7	65	10	54	44	62.8	I.M.	4.2	3
8	65	13	58	45	73.3	I.M.	0.5	4
9	87	13	54	41	117.3	I.M.	4.2	4
10	65	15	47	32	62.8	I.M.	0.1	4
11	67	13	40	27	94.3	S.M.	4.2	4
12	69	13	49	36	83.8	I.M.	4.2	4
13	74	12	52	40	110.0	I.M.	1.8	5
14	65	11	50	39	73.3	S.M.	0.5	4

I.M.= Intramural

S.M.= Submucoso

Tabla II. Datos generales de 14 pacientes en la tercera edad sin miomatosis uterina

Caso	Edad	Edad menarca	Edad menopausia	Vida menstrual	Volumen uterino cm ³	Diámetro menor uterino cm
1	70	15	45	30	47.1	3
2	76	14	52	38	50.3	4
3	65	13	45	32	110.0	3
4	69	13	42	29	100.6	4
5	67	14	52	38	31.4	3
6	67	11	56	45	83.8	4
7	65	14	50	36	37.7	3
8	65	16	55	39	18.8	2
9	87	17	45	28	15.7	3
10	65	11	42	31	44.0	5
11	67	14	54	40	28.2	3
12	69	15	36	21	12.5	3
13	74	12	48	36	12.5	3
14	65	11	50	39	40.8	4

I.M. = Intramural

S.M. = Submucoso

Tabla III. Datos generales por grupo

	Grupo con miomatosis N=14	Grupo sin miomatosis N=14
Edad menarca (años)	12.5 ± 1.3 (10-15)	13.6 ± 1.8 (11-17)
Edad de menopausia (años)	51.6 ± 4.6 (40-58)	48.0 ± 5.6 (36-56)
Vida menstrual (años)	39.1 ± 5.3 (27-45)*	34.4 ± 6.2 (21-45)*
Volumen uterino (cm ³)	74.6 ± 23.7 (34.5-117.3)**	45.2 ± 31.7 (12.5-110.6)**
Diámetro menor del útero (cm)	3.8 ± 0.6 (3-5)	3.3 ± 0.8 (2-5)
Volumen mioma (cm ³)	2.5 ± 2.1 (0.1-8.2)	

Los resultados expresan medias ± desviación estándar, e intervalos

*P<0.04, ** P<0.01

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