

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Faculta de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda, ISSSTE

CORRELACION CLINICA, ULTRASONOGRAFICA E HISTOPATOLOGICA EN
PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA

TESIS

Para obtener el Titulo de

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presenta

NIDIA XOCHITL GONZALEZ CHAPA

2002-2006

México, D.F. Octubre 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AUTORIZACIONES

Dr. Félix Octavio Martínez Alcalá
Jefe de Servicios de Enseñanza e Investigación

Dr. Mario H. Calderon Rodriguez
Director de Hospital General “Dr. Gonzalo Castañeda”

Dr. Ignacio J. Esquivel Ledesma
Coordinador de Enseñanza e Investigación del H.G. “Dr. Gonzalo Castañeda

Dra. Rosa Maria Padilla Gamboa
Coordinadora del Servicio de Gineco-Obstetricia del H.G. “Dr. Gonzalo Castañeda”

Dr. Alfredo Alaniz Sánchez
Profesor Titular del Curso de Gineco-Obstetricia
Asesor de Tesis

DEDICATORIA:

A mis hijos Jorge y Diego:

Por sacrificar sus horas de juego y perdonar mis noches de ausencia.

A mi esposo:

Por su cariño y comprensión, ayudarme a cristalizar mis ilusiones pasadas, presentes y futuras, gracias.

A mi abuelo:

Por su compañía y consuelo cuando fue necesario.

A mi Tía Mireya:

Por enseñarme que en mi vida no exista la palabra imposible.

Al resto de mi familia:

Por su apoyo y ayuda.

Nidia

AGRADECIMIENTOS:

Al Hospital:

Por permitirme realizar mi desarrollo profesional.

A mis Pacientes:

Por facilitarme el aprendizaje.

A mis Maestros y Amigos:

Por apoyarme y enseñarme, y sabe que existen personas humanas en esta profesión.

Al resto del personal médico y paramédico:

Por su colaboración y apoyo.

A Marlene:

Por cuidar a mis hijos cuando yo estaba ausente.

A todos
Muchas Gracias

INDICE

1. Introducción	1
2. Prologo	2
3. Resumen	2
4. Planteamiento del problema	2
5. Justificación.....	3
6. Antecedentes.....	4
7. Objetivos.....	9
8. Justificación	9
9. Diseño.....	10
9.1 Tipo de investigación	10
9.2 Grupo problema.....	10
9.2.1 Tamaño de la muestra	10
9.2.2 Criterios de inclusión	11
9.2.3 Criterios de exclusión	11
9.2.4 Criterios de eliminación	11
9.3 Cédula de recolección de datos.....	11
9.4 Descripción general del estudio.....	12
9.5 Calendario de actividades.....	13
9.6 Análisis de datos.....	13
9.7 Discusión.....	26
9.8 Conclusiones.....	27
10. Recursos	28
10.1 Recursos Humanos	28
10.2 Recursos Físicos	29

11. Financiamiento.....	29
11.1 Costo de la investigación.....	29
12. Aspectos éticos.....	30
13. Autorización	30
14. Bibliografía	31

1. INTRODUCCION

El fibroleiomioma es el tumor más frecuente del útero y de la pelvis femenina. Hoy en día, las técnicas de imagen que permiten detectar nódulos muy pequeños, la mayoría asintomático, se calcula que aproximadamente un 20% de las mujeres en edad reproductiva son portadoras de algún mioma y que las cifras pueden llegar al 40-50% en las mujeres mayores de 40 años.

Con esta prevalencia, y dado que clásicamente la cirugía es su forma de tratamiento más corriente, se comprende que el mioma uterino es la principal indicación de la histerectomía, operación que a su vez es el segundo procedimiento quirúrgico mayor en orden de frecuencia en muchos países occidentales después de la cesárea.

La postura clínica tradicional con el mioma ha sido siempre la actitud expectante en la mayoría de las pacientes que tienen miomas pequeños y asintomático, vigilando su crecimiento en espera de la menopausia, momento a partir del cual los miomas habitualmente dejan de crecer y no suelen plantear ya más problemas. La cirugía se viene reservando para los miomas sintomáticos y para aquellos que aun siendo asintomático se les considera quirúrgicos por su mayor tamaño, por su crecimiento rápido en la menopausia, en las que con frecuencia se ensayan tratamientos médicos para paliar problemas como la hipermenorrea en espera de un cese de la menstruación. La extirpación del útero por vía abdominal es la operación más frecuentes y la histerectomía vaginal para los miomas más pequeños y en las pacientes que cumplan los criterios convencionales del abordaje vaginal.

El diagnostico definitivo de miomatosis uterina esta dado por el estudio histopatológico el cual realmente justifica la indicación de este procedimiento quirúrgico que como se dijo es el más frecuente en ginecología, con un costo antes, durante y después del procedimiento, así como las secuelas que pueden causar en la

mujer, por una mala indicación quirúrgica.

2. PROLOGO

Existen múltiples estudios en los cuales se estudia las indicaciones, técnicas quirúrgicas de la histerectomía, la cual se sigue realizando de forma rutinaria, por lo que el presente estudio trata de correlacionar las indicaciones clínicas y ultrasonográficas de miomatosis uterina que realmente sean corroboradas por histopatológica. Verificando el éxito diagnóstico con el cual ya contamos y supuestamente dominamos. Y en caso contrario proponer nuevos estudios diagnósticos de gabinete los cuales disminuyan los errores y realmente establecer un adecuado diagnóstico que justifique el procedimiento quirúrgico que implica un riesgo y costo en la paciente.

3. RESUMEN

El presente estudio correlaciona el diagnóstico clínico, ultrasonográfico e histopatológicos de pacientes sometidas a histerectomía, se incluyó a 268 pacientes sometidas a histerectomía durante el 2005 en el Hospital General “Dr. Gonzalo Castañeda”, encontrando una correlación clínico-histopatológica fue de 77.4% el de clínico ultrasonográfico 80.6% y el de ultrasono-patología del 74.4%, los cuales son menores que en otros estudios publicados.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿En que porcentaje los diagnósticos clínicos, ultrasonográficos e histopatológico se correlacionan en las pacientes sometidas a histerectomía?

5. JUSTIFICACION

Las pacientes sometidas a histerectomía con diagnóstico clínico y ultrasonografico de miomatosis que se corrobora con el estudio histopatológicos, existe una correlación entre los diagnósticos clínico y ultrasonográficos del 89%, clínico/patológico del 87% y entre el ultrasonográfico y patológico del 66% (7). Comprobar el porcentaje en el Hospital General “Dr. Gonzalo Castañeda”.

6. ANTECEDENTES:

Dentro de la práctica ginecológica diaria, los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia son, por mucho: la histerectomía y las correcciones por distopias genitales (12, 15, 16). De las primeras las indicaciones son muchas y muy variadas, encontrando en cada una, dificultades

Técnicas que el ginecólogo debe estar preparado para resolver. Dentro de éstas, la

primera es la anatomía de la cavidad pélvica que implica un reto constante para el cirujano por las estructuras que en ella se encuentran, su vecindad y la relativa frecuencia de complicaciones tanto a nivel de tubo digestivo como en vías urinarias (11,16). Agregado a lo anterior tenemos los procesos plástico-adherencia los secundarios a infecciones crónicas, endometriosis, cirugías previas múltiples y otras que con llevan a un aumento de la vascularidad y deformación de la anatomía pélvica, que agregan a la técnica, la difícil disección e identificación de estructuras. Otras patologías también distorsionan la arquitectura de la pelvis en forma secundaria a crecimientos tumorales, que desplazan estructuras y crean vasos aberrantes y de mayor diámetro, con la consecuencia lógica de mayor sangrado transoperatorio del esperado. No se puede aislar la pelvis femenina, con sus órganos genitales internos, de los órganos vecinos, ya que esta sujeta a una gran variedad de patología asociada y, en consecuencia, a una interdependencia en la correspondiente terapéutica quirúrgica. Es imposible pretender una buena formación quirúrgica ginecológica sin los conocimientos integrales de la cirugía visceral pélvica. Todo esto obliga al ginecólogo a realizar con gran destreza un procedimiento que pudiera tomarse como rutinario (12, 14, 15, 16).

Por otra parte, vale la pena hacer mención especial al uso del Ultrasonido para orientación y confirmación diagnósticas en las pacientes ginecológicas. Dicho método se comenzó a utilizar desde hace 40 años aproximadamente, cuando los equipos de ecografía eran grandes y difíciles de maniobrar, además de que el poder de resolución de dichos aparatos no era lo suficientemente exacto como lo es actualmente. Con la evolución tecnológica los equipos ultrasonográficos se han hecho cada vez más pequeños, maniobrables y confiables, lo que, aunado a la dedicación de algunos ginecólogos y obstetras, ha mejorado importantemente las valoraciones ultrasónicas de

la pelvis, convirtiéndose en un instrumento de gran ayuda para el ginecólogo, e inclusive para algunos autores, indispensable para una valoración ginecológica completa (4, 11).

Dentro de la sofisticación y avances tecnológicos relativos al ultrasonido, no podemos pasar por alto el hecho de que actualmente se cuenta con transductores vaginales que permiten la identificación de patología endometrial y anexial en forma mas exacta de lo que resulta con el transductor abdominal (1,2,3,5,8,9).

Por todo lo anterior vale la pena ahondar un poco en cuanto a indicaciones relativas y absolutas, tumorales y no tumorales, de histerectomía al alcance de un segundo nivel de atención, no tomado en cuenta para este estudio las indicaciones obstétricas ni las oncológicas que requieran de cirugía especializada.

1.-MIOMATOSIS: El leiomioma uterino es el tumor benigno más frecuente, estando presente hasta en el 30% de la población femenina mayor de 35 años. En su forma asintomática, no existe indicación quirúrgica, pero en caso de presentar síntomas compresivos por el aumento excesivo de volumen equivalente a un embarazo de 12 semanas sangrados no coercibles por legrado uterino biopsia, sin que se desee preservar la función reproductiva, la indicación terapéutica es histerectomía. A menudo se menciona la obstrucción uretral silenciosa como indicación de histerectomía, aunque se conoce poco la prevalencia real de este padecimiento (17).

Los tratamientos alternativos de los fibromas son la miomectomía y la administración de agonista de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH). Cuando se encuentra cuatro fibromas o menos, la posibilidad de recrecimiento en los 10 años posteriores a la miomectomía es de casi el 20% (17).

Muchos de los sarcomas uterinos pasan inadvertidos y se diagnostican como hallazgo histopatológico posteriormente a la realización de histerectomía por supuesta

miomatosis, quedando así tratadas parcial o totalmente, dependiendo de la extensión del tumor (1,2,15,16). Este tipo de degeneración maligna de leiomioma uterino (leiomiosarcoma) se encuentra presente en aproximadamente 0.2% o menos de las pacientes con miomatosis (15).

2.-CANCER CERVICO UTERINO: De los tumores ginecológicos malignos, el cáncer de cèrvix (Ca cu), sigue siendo el que ocupa el primer lugar de frecuencia. Con los programas de detección oportuna por citología y mas recientemente por colposcopìa, se logran identificar lesiones precursoras y/o incipientes de Ca Cu. El criterio terapéutico que se sigue en la clínica, plantea que, después de la colposcopìa y biopsia, en caso de Neoplasia Intracervical grado III (NIC III, Displasia Severa), Ca Cu In Situ y microinvasor, el tratamiento de elección es la histerectomía, dejando la opción del cono cervical terapéutica únicamente para aquellos casos en los que es menester mantener la función reproductiva (15,16).

3.- SANGRADO POSTMENOPAUSTICO: En caso de sangrado uterino posmenopáusico lo primero que debe destacarse es un adenocarcinoma de endometrio, cuyo tratamiento es a base de histerectomía mas salpingooforectomìa bilateral, con o sin radioterapia complementaria. Por otra parte, las lesiones consideradas premalignas como son la hiperplasia endometrial especialmente del tipo adenomatoso; la hiperplasia simple del revestimiento endometrial avanza hasta cáncer endometrial en menos del 1% de los casos. La transición requiere de tres a cinco años. La hiperplasia compleja con atipias avanza hasta cáncer endometrial en casi 20% de los casos.

Ambos trastornos se pueden tratar con agentes progestacionales en forma cíclica o continua. Un tratamiento de tres meses es seguido por biopsia endometrial repetida para demostrar la inversión a lo normal, la hiperplasia puede recurrir y requerir tratamiento adicional y seguimiento con biopsia endometrial. En algún momento en

esta secuencia, muchas mujeres deciden que la incertidumbre y la ansiedad relacionadas con este esquema son inaceptables y eligen la histerectomía; la ablación endometrial para tratar la hiperplasia se considera contraindicada, dada la posibilidad de que una biopsia endometrial subsiguiente sea más difícil debido a la sinequias intrauterinas producidas por el procedimiento de ablación mismo, los pólipos endometriales y endocervicales, también requieren de histerectomía, aunque existen otras formas de tratamiento más conservador como el hormonal y el legrado uterino biopsia (6,9,13,14).

4.- TUMORES OVÁRICOS: En presencia de tumor ovárico benigno, la ooforectomía es suficiente y se reserva la histerectomía para las pacientes mayores de 45 años o para aquellas a las que se les haya realizado ooforectomía bilateral.

En las pacientes con tumor ovárico maligno, la conducta de acuerdo a la clínica, es realizar lavado y citología del líquido peritoneal, histerectomía y omentectomía diagnósticas para valorar el grado de invasión y tratamiento complementario (15,16).

5.-DISTOPIAS GENITALES: El descenso del cuerpo y el cuello uterino al conducto vaginal puede coexistir con síntomas de presión o pesantez pélvica, incontinencia urinaria, molestias rectales y dispareunia. Cuando el cuello protuye más allá del introito vaginal, se presenta irritación o ulceración del tejido exteriorizado. El prolapso genital es indicación de casi el 15% de las histerectomías (17). La histerectomía vaginal se reserva para aquellos casos en los que exista descenso uterino grado II o III, sin coexistir con tumores uterinos y/o anéxales, en cuyo caso la vía de abordaje más adecuada será la abdominal. Por otra parte, para muchos autores, la vía vaginal es la elección en casos de cáncer de endometrio, lo cual es aun tema de controversia (15).

6.-ENDOMETRIOSIS: Esta patología consiste en la implantación de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, especialmente en el hueco pélvico, y cuya

sintomatología principal es el dolor pélvico crónico, dispareunia, dismenorrea secundaria y esterilidad. Este trastorno talvez es uno de los mejores ejemplos de impacto de la proliferación de tratamientos médicos y quirúrgicos en la toma de decisiones clínicas. La endometriosis es indicación de casi 20% de las histerectomías y su frecuencia ha aumentado en años recientes (17). Después de histerectomía y salpingooforectomía bilateral por endometriosis, casi 4 a 7% de las mujeres tendrán dolor recurrente y a casi 3% se les opera después por enfermedad recurrente.

7.-ADENOMIOSIS: La adenomiosis es un diagnóstico histopatológico definido por la presencia de glándulas endometriales íntegras en tres o más campos de gran aumento por debajo de la superficie miometrial. Se cree que estas glándulas son contiguas a la cavidad endometrial y tradicionalmente se han considerado causales de dolor menstrual y fase lúteicas así como menorragias. En la fase premenstrual inmediata, el útero puede estar aumentado de tamaño y reblandecido o “pastoso” en su textura. Simula clínicamente con mucha frecuencia a la miomatosis ya que el síntoma cardinal es la hiperpoliproiomenorrea. La histerectomía por adenomiosis debe reservarse para las pacientes en las que se pueden demostrar cambios cíclicos reales en el tamaño y la textura uterina por exploración pélvica seriada.

Se encuentra con una frecuencia variable según diversos autores; en general es aceptada la frecuencia de 10 a 20% aunque Bird, por ejemplo, encontró una frecuencia mucho mas alta (61.5%). El tratamiento puede ser la histerectomía, especialmente si tomamos en cuenta su asociación con miomatosis e hiperplasia endometrial (7,15).

8.-INFECCIONES PELVICAS: En pacientes con un episodio agudo de enfermedades pélvica inflamatoria (EPI) se recomienda el manejo conservador a base de antibiotocoterapia, analgésicos y antiinflamatorios, pero en algunos casos, por su gravedad esto no es posible, ya que se puede cursar con un cuadro de abdomen agudo,

que requiera de laparotomía exploradora y probablemente de histerectomía, con o sin salpingooforectomía UNI o bilateral.

En la paciente que cursan con enfermedad pélvica Inflamatoria Crónica, rebeldes a tratamiento antibiótico la histerectomía puede plantear una buena alternativa (15).

9.-OOFORECTOMIA: En cuanto a la resección de los anexos es aceptado universalmente el criterio de en ausencia de lesiones macroscópicas del ovario se preserven ambos anexos en mujeres de 40 años. En las que se encuentran entre los 40 y 45 años se realizara ooforectomia unilateral y para las pacientes mayores de 45, estará indicada la ooforectomia bilateral, para así, evitar el riesgo latente de malignización de los anexos (6,7,15).

10. TRATAMIENTO DE REPOSICION DE ESTROGENOS: El motivo más frecuente de interrumpir el tratamiento de reposición de estrógenos después de la menopausia es la persistencia de la hemorragia uterina. Los esquemas cíclicos de estrógenos y progesterona producirán cuando menos alguna hemorragia regular, en cuanto que la administración simultanea continua de ambos producirá hemorragia irregular intermitente en casi 20 a 30% de las usuarias, inclusive después del ajuste a este régimen durante cuatro a seis meses (17).

7. OBJETIVOS:

- 1.- Determinar el número de histerectomías realizadas durante el presente año.
- 2.- Valorar las modalidades técnicas de histerectomía y su frecuencia.
- 3.-Evaluar la correlación entre diagnósticos clínicos y ultrasonográfico, comparándolos con el estudio histopatológico.
- 4.- Conocer cuáles son las indicaciones mas frecuentes de histerectomía.

8. JUSTIFICACION:

Se propuso el siguiente estudio en el Hospital General “Dr.Gonzalo Castañeda” en base a que:

- 1.- Cuenta con un departamento de Ginecología.
- 2.- Por ser la histerectomía un procedimiento quirúrgico realizado con frecuencia en nuestro Servicio (durante el 2005 fueron sometidas a 268 pacientes por indicaciones ginecológicas u oncológicas).
- 3.- Mediante la revisión de expedientes se puede realizar el presente estudio sin necesidad de originar gastos económicos ni humanos para la Institución.
- 4.- Comparando los resultados se pueden evaluar las fallas mas frecuentes en los diagnósticos clínico y ultrasonografico.
- 5.-Evitará en la posible que se sigan cometiendo errores diagnósticos que puedan ser eliminados.

9. DISEÑO :

9.1. Tipo de investigación

La presente investigación fue un estudio descriptivo abierto, observacional transversal, prospectivo y comparativo.

9.2.Grupo Problema

Pacientes programadas para histerectomía en la consulta externa del Hospital “Dr. Gonzalo Castañeda” durante el 2005

9.2.1. Tamaño de la muestra

268 pacientes.

9.2.2. Criterios de inclusión

Pacientes registradas en la consulta externa de ginecología del Hospital “Dr. Gonzalo Castañeda”, con el diagnóstico de miomatosis uterina.

Que cuenten con un USG pélvico interno del hospital.

Con citología cervical.

Estudios preoperatorios y valoraciones correspondientes al servicio de medicina interna en caso necesario.

Valoración por el servicio de anestesiología.

Contar con el resultado histopatológico.

9.2.3. Criterios de exclusión

Pacientes que no cuenten con criterios de inclusión y pacientes sometidas a histerectomía por urgencias obstétricas.

9.2.4. Criterios de eliminación

Pacientes que ingresen a UCI por complicaciones transoperatorias

9.3. Cédula de recolección de datos

Se realizó la recolección de datos de las pacientes que incluyeron las siguientes variables:

1. Registro
2. Edad
3. Menarca
4. Inicio de vida sexual activa
5. Número de parejas sexuales
6. Síntomas
7. Menopausia
8. Diagnóstico clínico
9. Diagnóstico ultrasonográfico
10. Procedimiento quirúrgico
11. Diagnóstico patológico

9.4 Descripción general de estudio

Se revisaron 268 reportes de patología correspondientes a los úteros extraídos por causa ginecológica durante el 2005, excluyendo de este estudio a aquellas pacientes histerectomizadas por indicación obstétrica, tanto durante el embarazo como en el puerperio, excluyendo los que no contaban con ultrasonido pélvico. A todas se les investigó la edad, menarca, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales,

síntomas, menopausia, diagnóstico clínico, diagnóstico ultrasonográfico, diagnóstico patológico y el diagnóstico patológico, la correlación entre los mismos y la técnica quirúrgica.

9.5 Calendario de actividades

Recolección bibliográfica enero a marzo

Revisión de expedientes: abril a mayo

Recolección y análisis de datos: mayo a julio

Resultados: agosto

Evaluación: septiembre

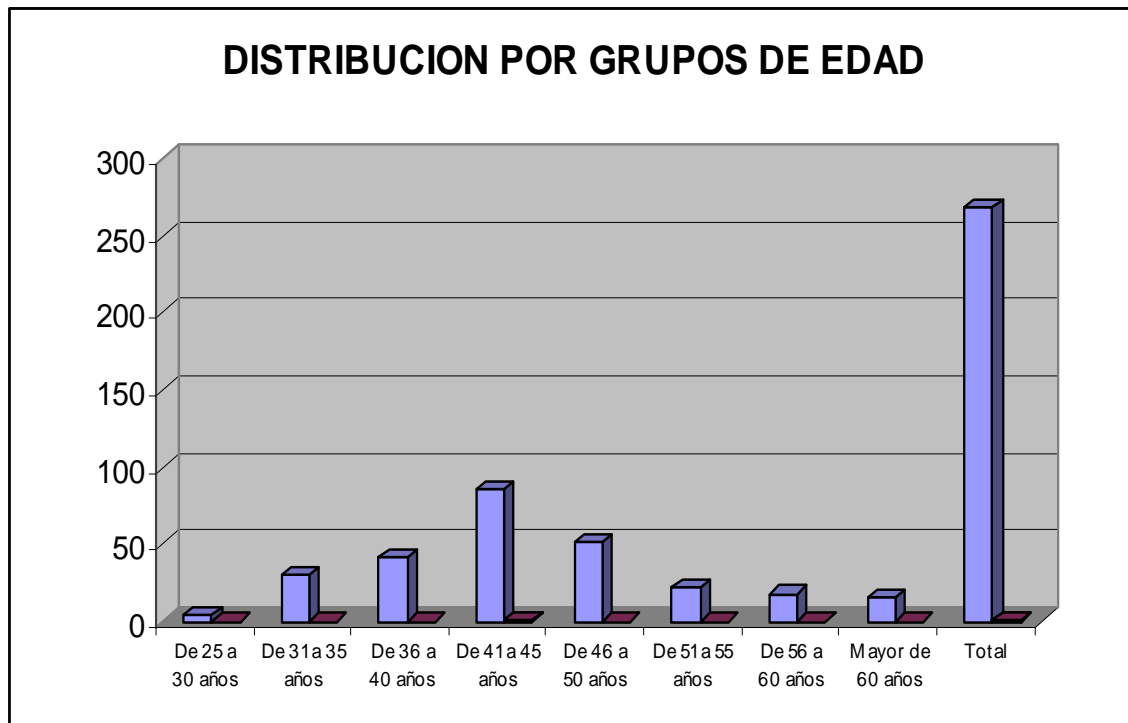
Publicación: octubre

9.6 Análisis de datos

La edad de las pacientes se presentó en un rango que va desde los 25 años hasta los 76 años con una media de 49 años. El grupo de mayor frecuencia estuvo entre los 41 y 45 años, representado un 31.72%.

Distribución por grupos de edad	No. de pacientes	Porcentaje
De 25 a 30 años	4	1.49%
De 31 a 35 años	30	11.19%
De 36 a 40 años	42	15.67%
De 41 a 45 años	85	31.72%

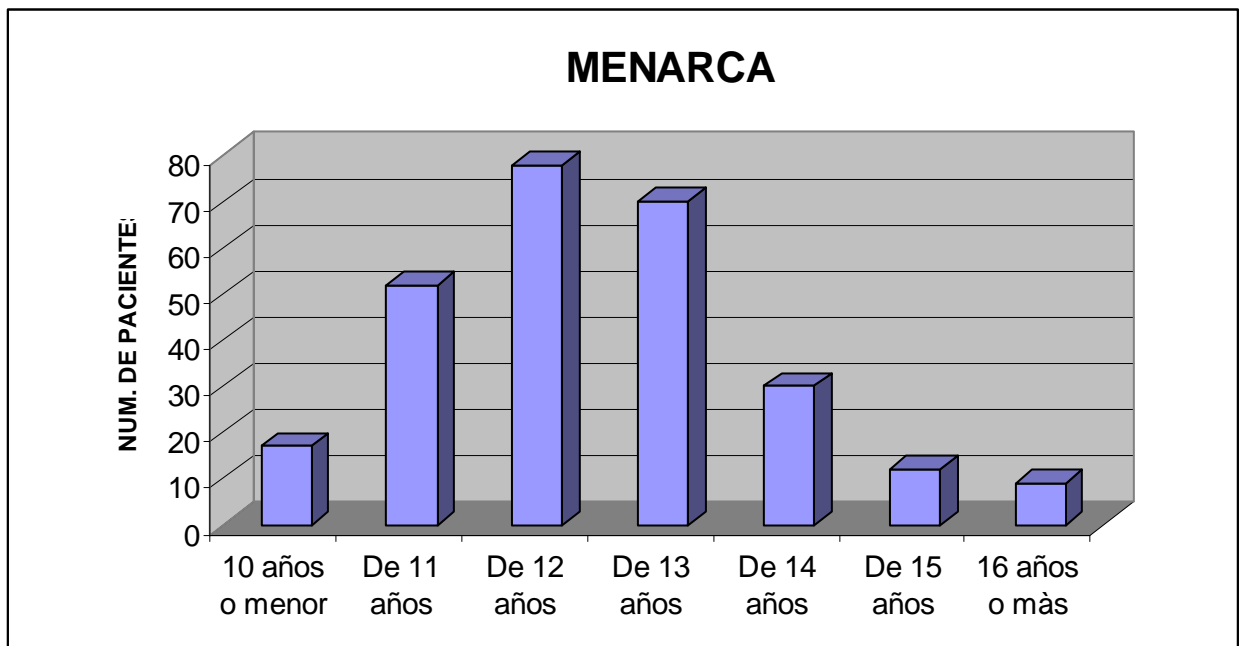
De 46 a 50 años	52	19.40%
De 51 a 55 años	22	8.21%
De 56 a 60 años	18	6.72%
Mayor de 60 años	15	5.60%
Total	268	100.00%



La menarca se presentó con mayor frecuencia en el grupo de los 12 años (29.10%), seguido de los 13 años (26.12%) y el de los 11 años (19.40%) permaneciendo en un rango de los 9 años a los 17 años.

Menarca	No. de pacientes	Porcentaje
10 años o menor	17	6.34%
De 11 años	52	19.40%
De 12 años	78	29.10%

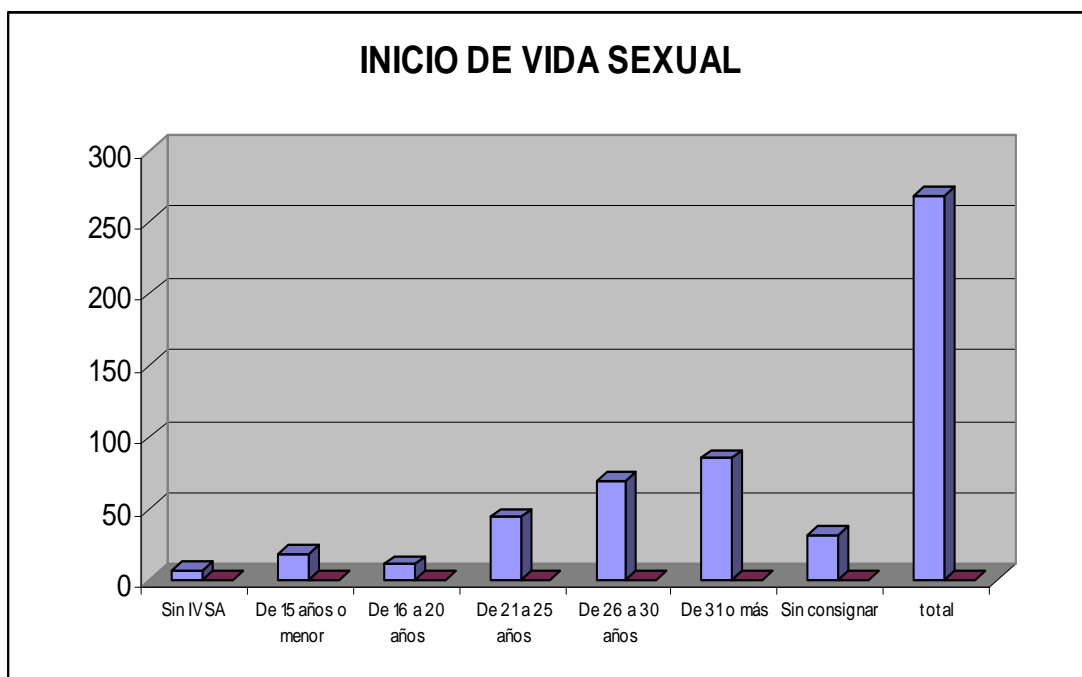
De 13 años	70	26.12%
De 14 años	30	11.19%
De 15 años	12	4.48%
16 años o más	9	3.36%
Total	268	100.00%



En cuanto al inicio de la vida sexual activa, éste se llevó a cabo entre los 31 años o más con una frecuencia de 31.72% de las pacientes (85 pacientes). En relación al número de compañeros sexuales la mayor parte de la población refirió haber tenido una pareja sexual (118 pacientes correspondiendo al 44%, se presentó un 3% sin parejas sexuales que equivalen a 7 pacientes).

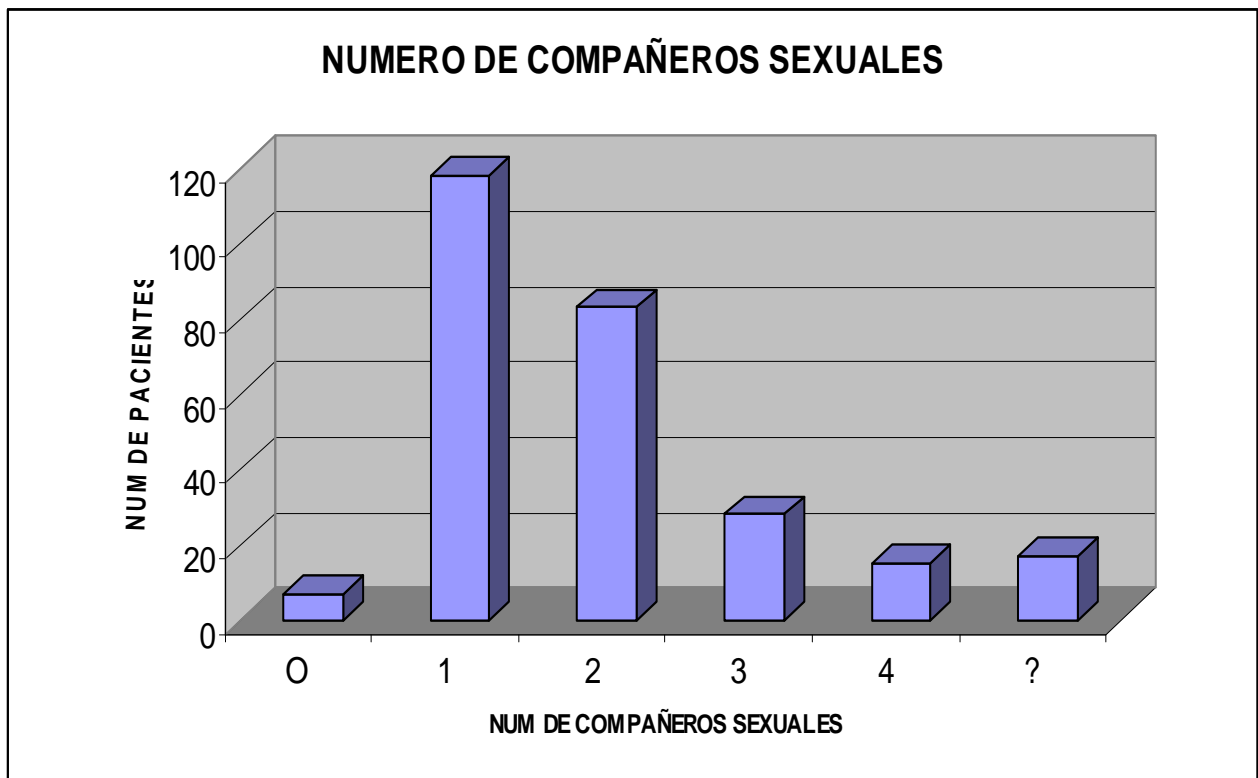
Inicio de vida sexual activa	No. de pacientes	Porcentaje
Sin IVSA	7	2.61%
De 15 años o menor	19	7.09%

De 16 a 20 años	11	4.10%
De 21 a 25 años	44	16.42%
De 26 a 30 años	70	26.12%
De 31 o más	85	31.72%
Sin consignar	32	11.94%
total	268	100.00%



No de compañeros sexuales	No. de pacientes	Porcentaje
0	7	3%
1	118	44%
2	83	31%
3	28	10%
4	15	6%

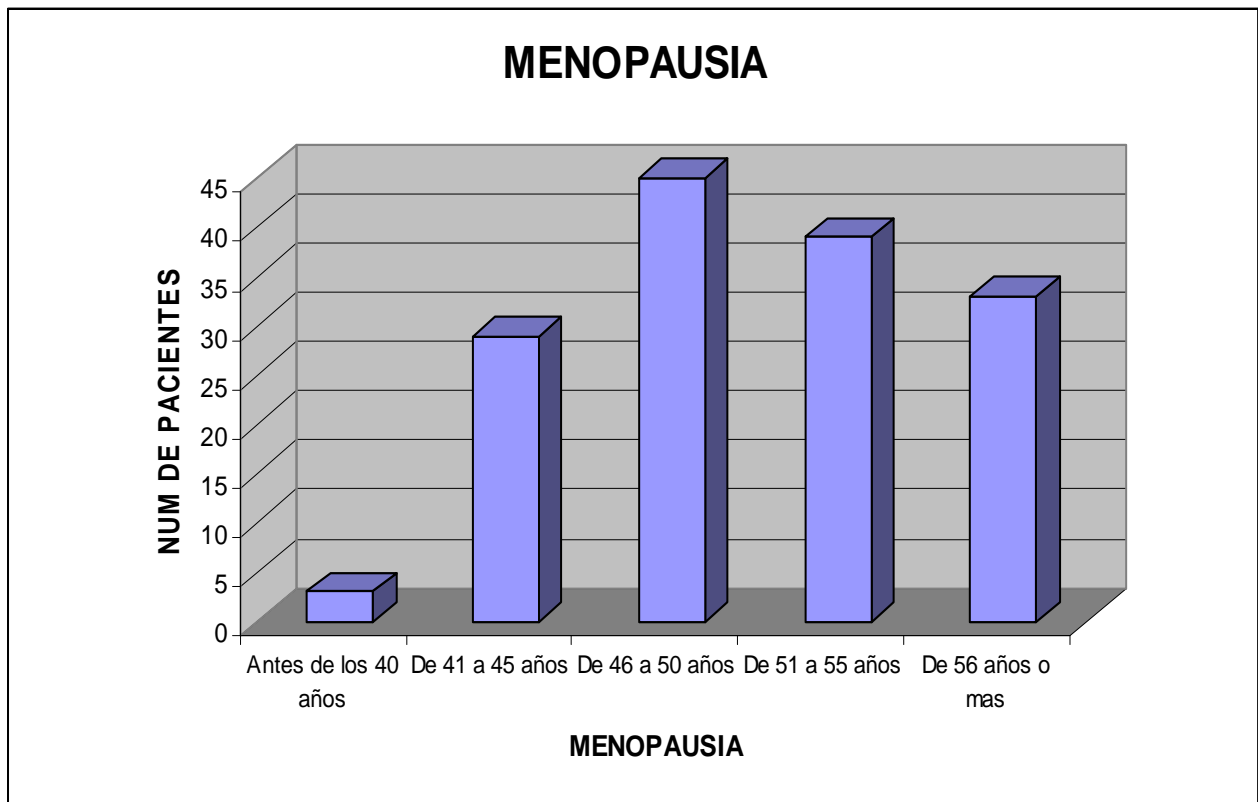
?	17	6%
Total	268	100%



Solo 149 pacientes (55.5%) fueron menopausicas, y la edad más frecuente esta entre el rango de 46 a 50 años con un 30%.

Menopausia	No. de pacientes	Porcentaje
Antes de los 40 años	3	2%

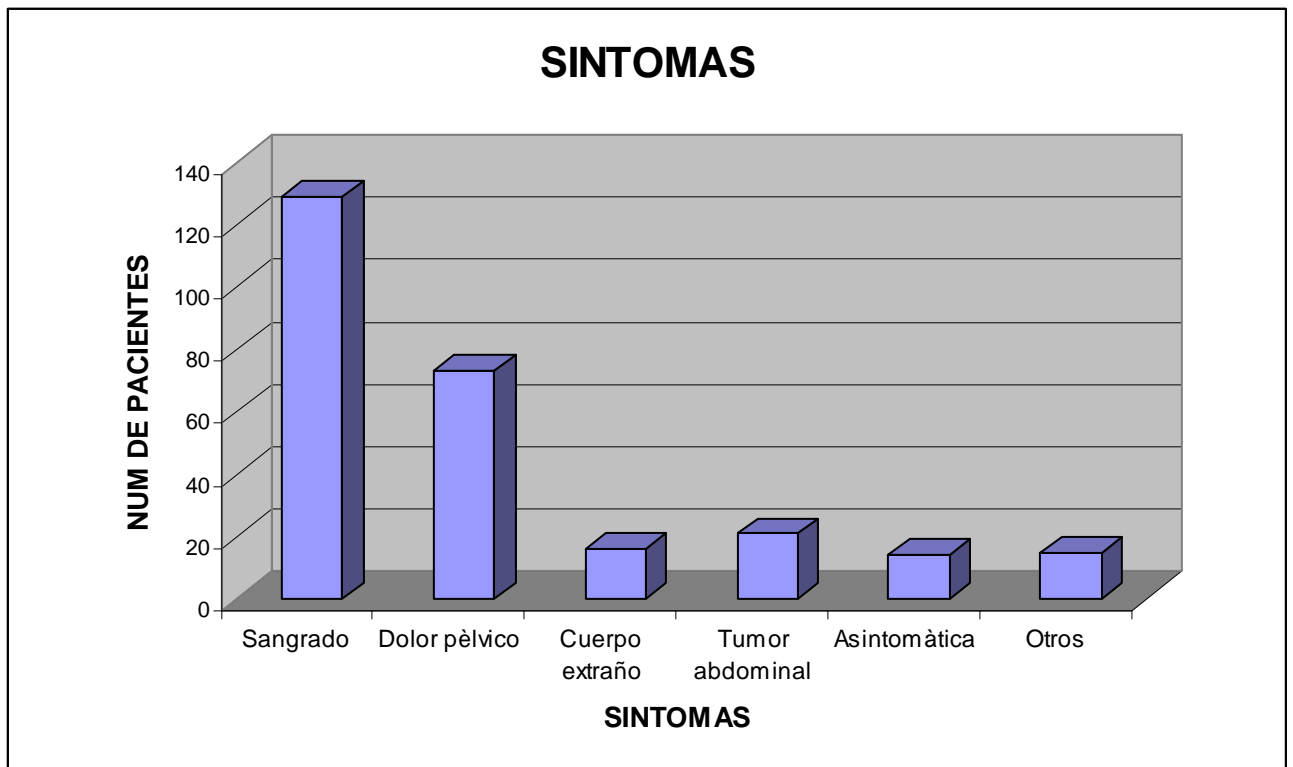
De 41 a 45 años	29	19%
De 46 a 50 años	45	30%
De 51 a 55 años	39	26%
De 56 años o mas	33	22%
Total	149	100%



El síntoma por el que acudieron con más frecuencia fue el de sangrado uterino anormal del tipo de hiperpolimenorrea que corresponde al 48% (129 pacientes), mientras que el dolor pélvico fue del 27%, seguido del tumor abdominal de un 8%, la sensación de

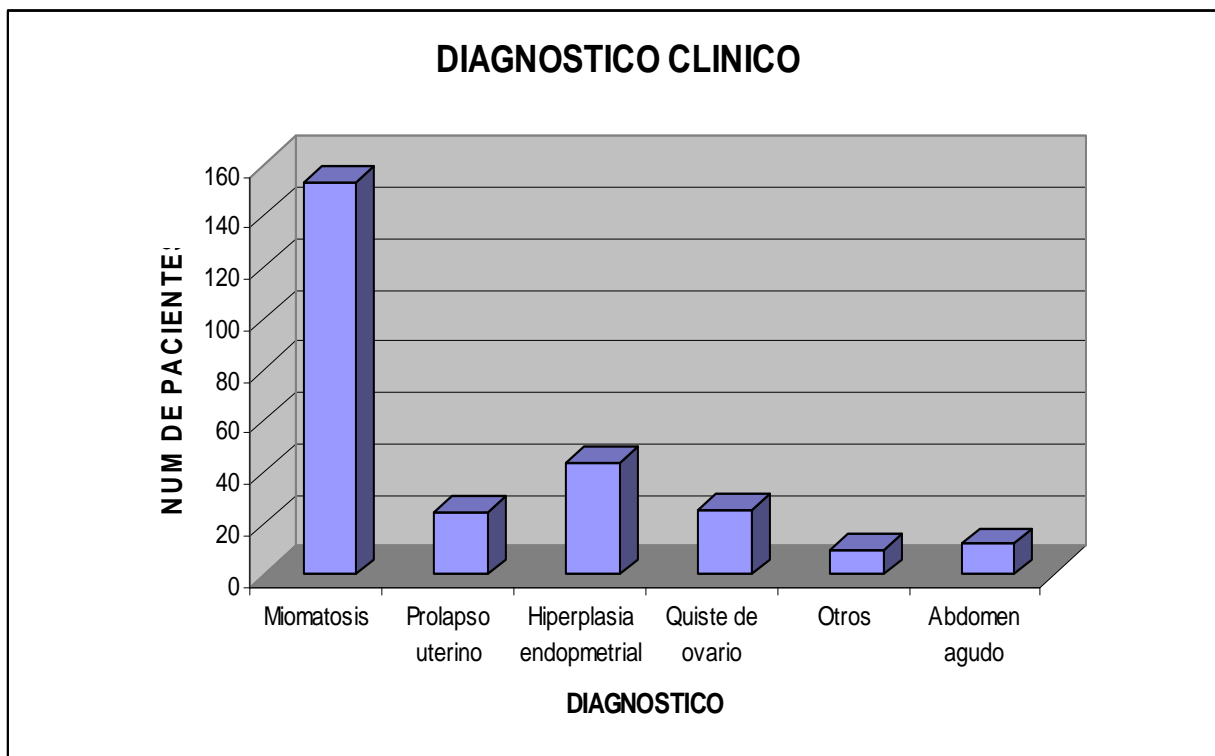
cuerpo extraño fue del 6%, así como el 6% en otras sintomatología no clasificados y solo el 5% se refirió asintomático.

Síntomas	No. de pacientes	Porcentaje
Sangrado	129	48%
Dolor pélvico	73	27%
Cuerpo extraño	16	6%
Tumor abdominal	21	8%
Asintomático	14	5%
Otros	15	6%
Total	149	100%



El diagnóstico clínico preoperatorio que se realizó con mayor frecuencia fue el de miomatosis uterina (153 pacientes), mientras que el prolapso uterino se diagnosticó en 24 pacientes, hiperplasia endometrial en 44, quiste de ovario en 25, abdomen agudo en 12, y otros no clasificados en 10.

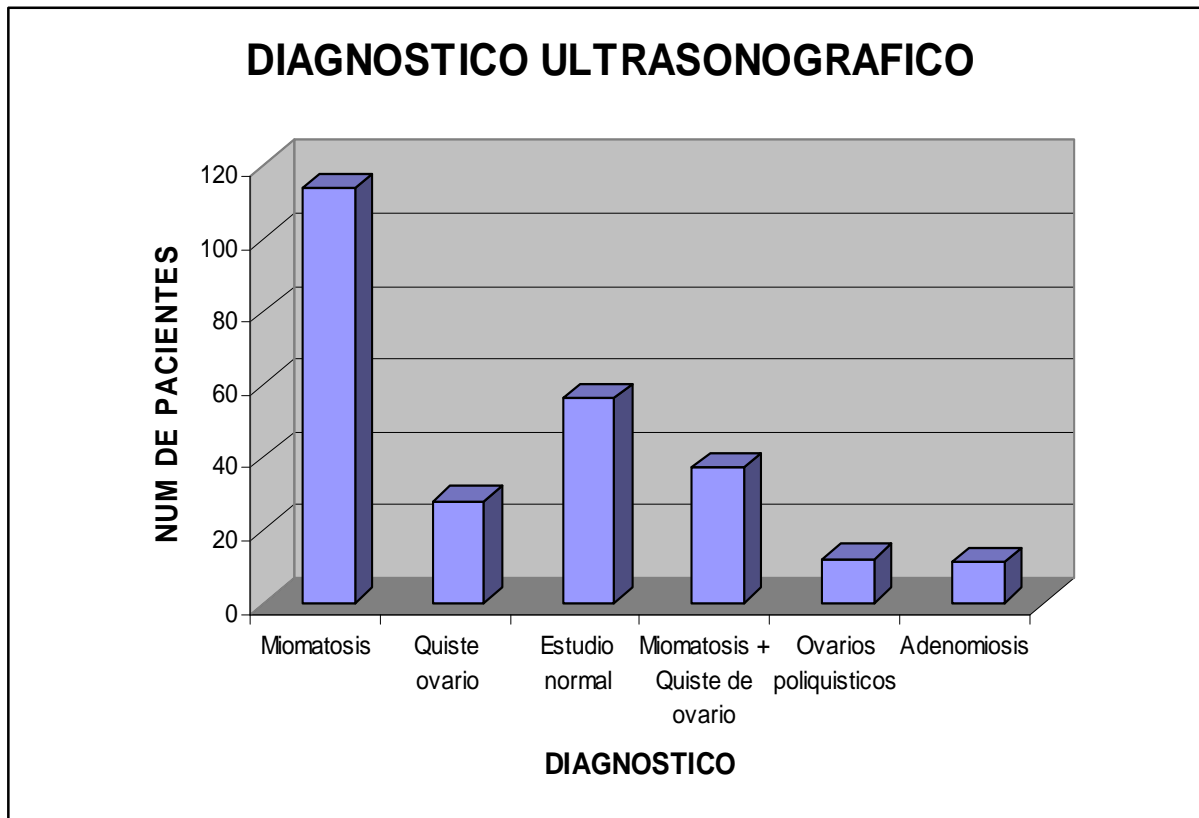
Diagnostico clínico	No. de pacientes	Porcentaje
Miomatosis	153	57%
Prolapso uterino	24	9%
Hiperplasia endometrial	44	16%
Quiste de ovario	25	9%
Otros	10	4%
Abdomen agudo	12	4%
Total	268	100%



Se realizaron 268 estudios ultrasonograficos encontrando el diagnóstico mas frecuente de miomatosis uterina en 114 pacientes (43%), con diagnóstico de quiste de ovario en 28, con estudio normal en 56 (21%), miomatosis más quiste de ovario de 37 (14%), ovarios poliquisticos de 12 (4%) y adenomiosis de 11 (4%).

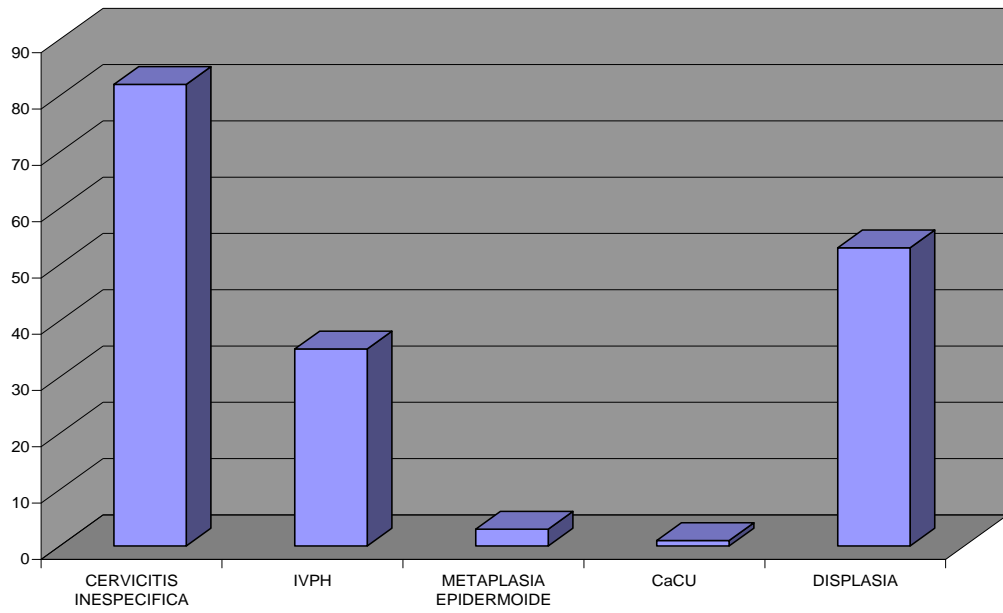
Diagnostico ultrasonografico	No. de pacientes	Porcentaje
Miomatosis	114	43%
Quiste ovario	28	10%
Estudio normal	56	21%
Miomatosis + Quiste de ovario	37	14%
Ovarios poliquisticos	12	4%

Adenomiosis	11	4%
Total	268	100%

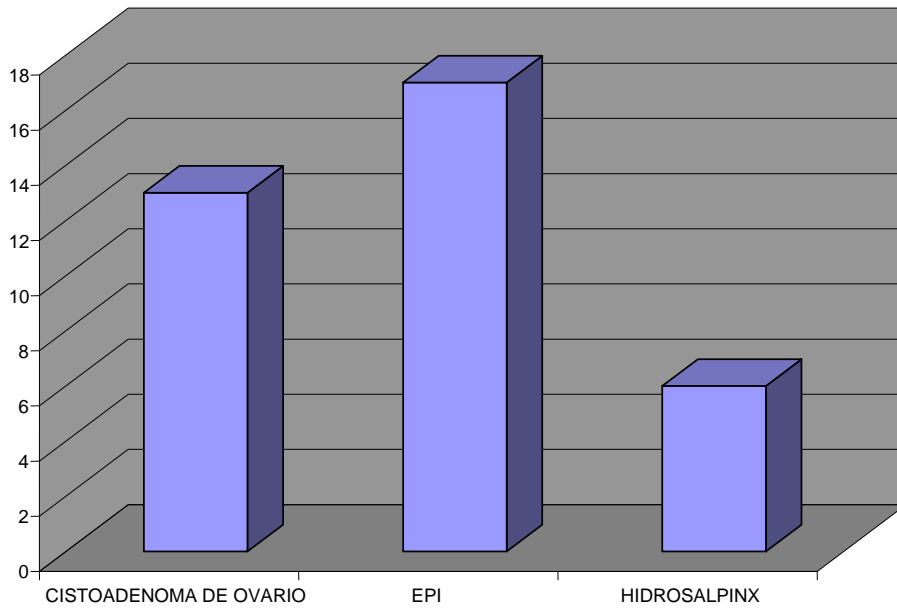


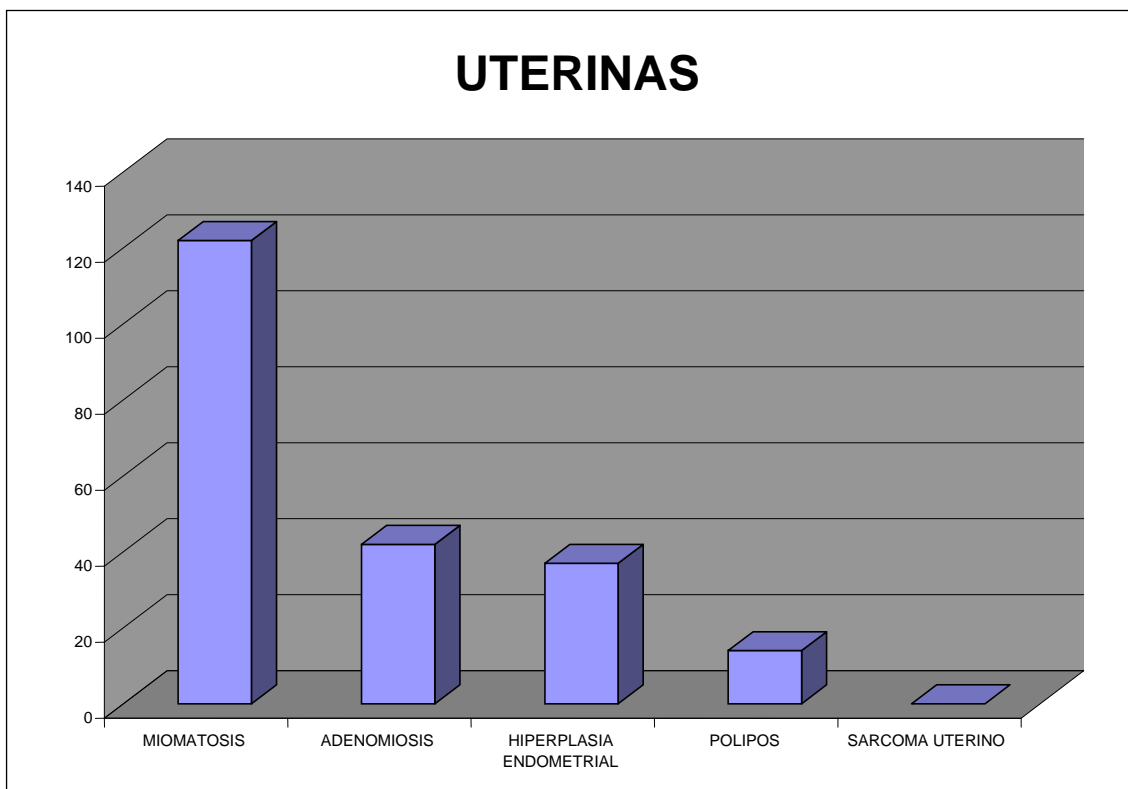
El diagnóstico histopatológico, se dividió en 3 categorías: cervicales, uterinos y anexiales.

CERVICAL



ANEXIALES





Se realizaron 425, el 40.9% con lesiones cervicales, el 50.6% de lesiones uterinas y el 8.5% de lesiones anexiales.

Dentro de los diagnósticos cervicales la frecuencia fue la siguiente: cervicitis inespecífica 82 pacientes, con infección por virus del papiloma humano de 35, con displasia de 53 y con CaCU en una paciente.

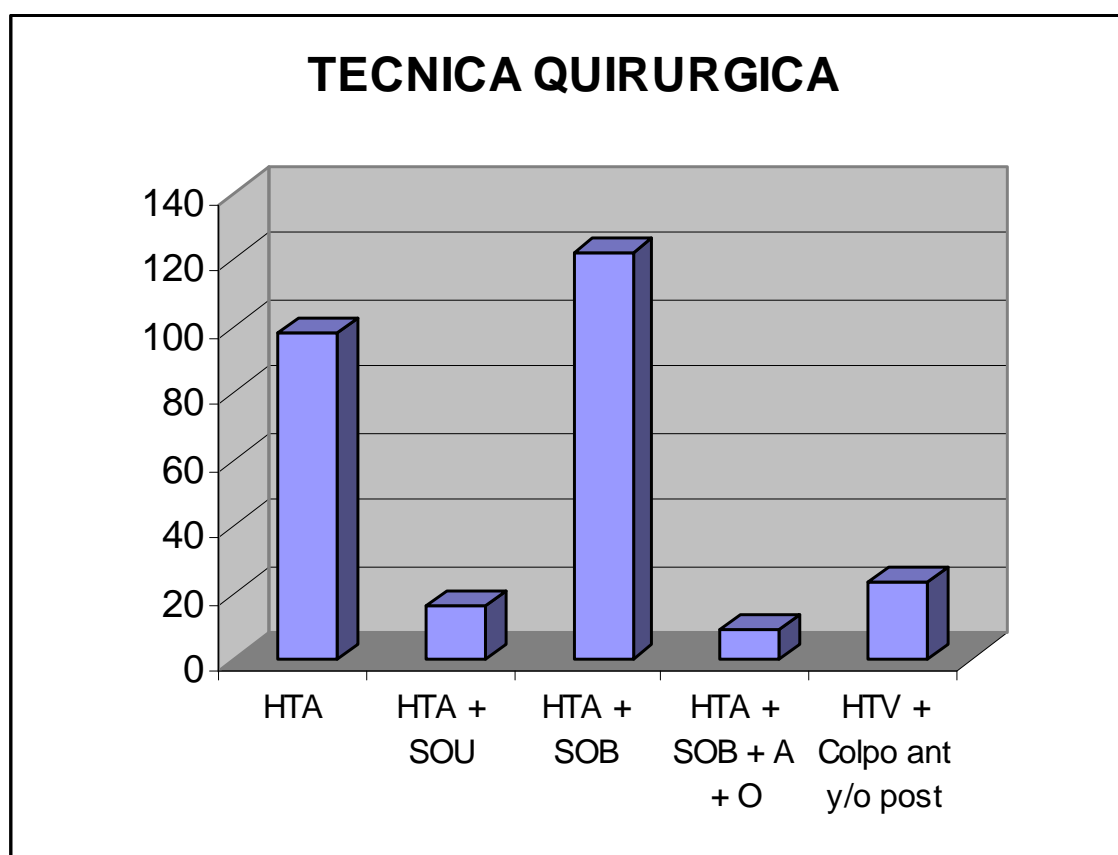
Dentro de los diagnósticos uterinos el más frecuente fue de miomatosis de 122 pacientes, con adenomiosis de 42, hiperplasia endometrial de 37 y pólipos en 14 pacientes respectivamente.

En relación a los diagnósticos anexiales emitidos por histopatología encontramos a 13 cistoadenomas de ovario, 17 con enfermedad pélvica inflamatoria y 4 con hidrosalpinx.

En relación a la técnica quirúrgica empleada encontramos que el 45.5% de las cirugías consistieron en histerectomía + salpingooforectomía bilateral el 36.5% con histerectomía total abdominal el 6% con histerectomía + salpingooforectomía unilateral. Un 8.6% se realizó histerectomía total vaginal + colpoperinoplastia anterior

y/o posterior. Y solo el 3.4% de las pacientes se realizo histerectomía total abdominal + salpingooforectomía + apendicetomía + omentectomía.

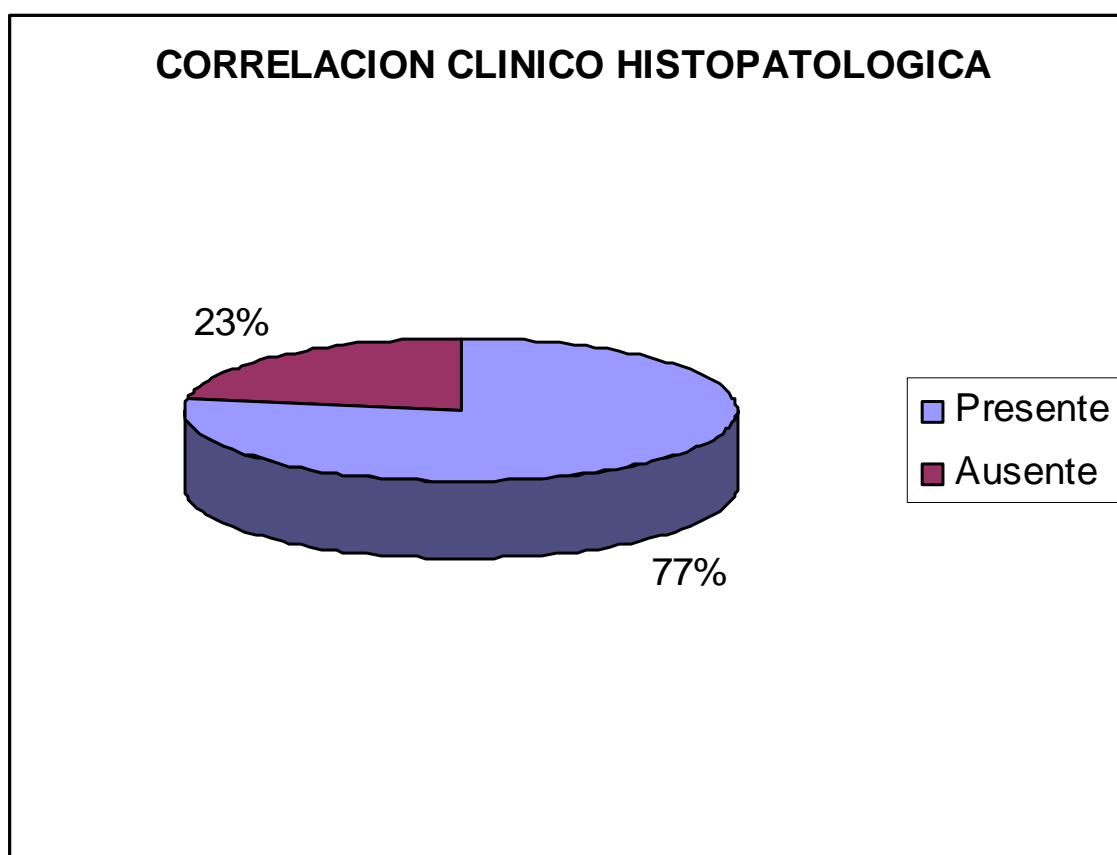
Técnica quirúrgica	No. de pacientes	Porcentaje
HTA	98	36.5
HTA + SOU	16	6
HTA + SOB	122	45.5
HTA + SOB + A + O	9	3.4
HTV + Colpo ant y/o post	23	8.6



En cuanto a la correlación entre el diagnóstico clínico e histopatológico se presentó en el 77.4% (172 pacientes) y en 22.6% (50 pacientes) no se comprobó.

Correlación clínico histopatológica:

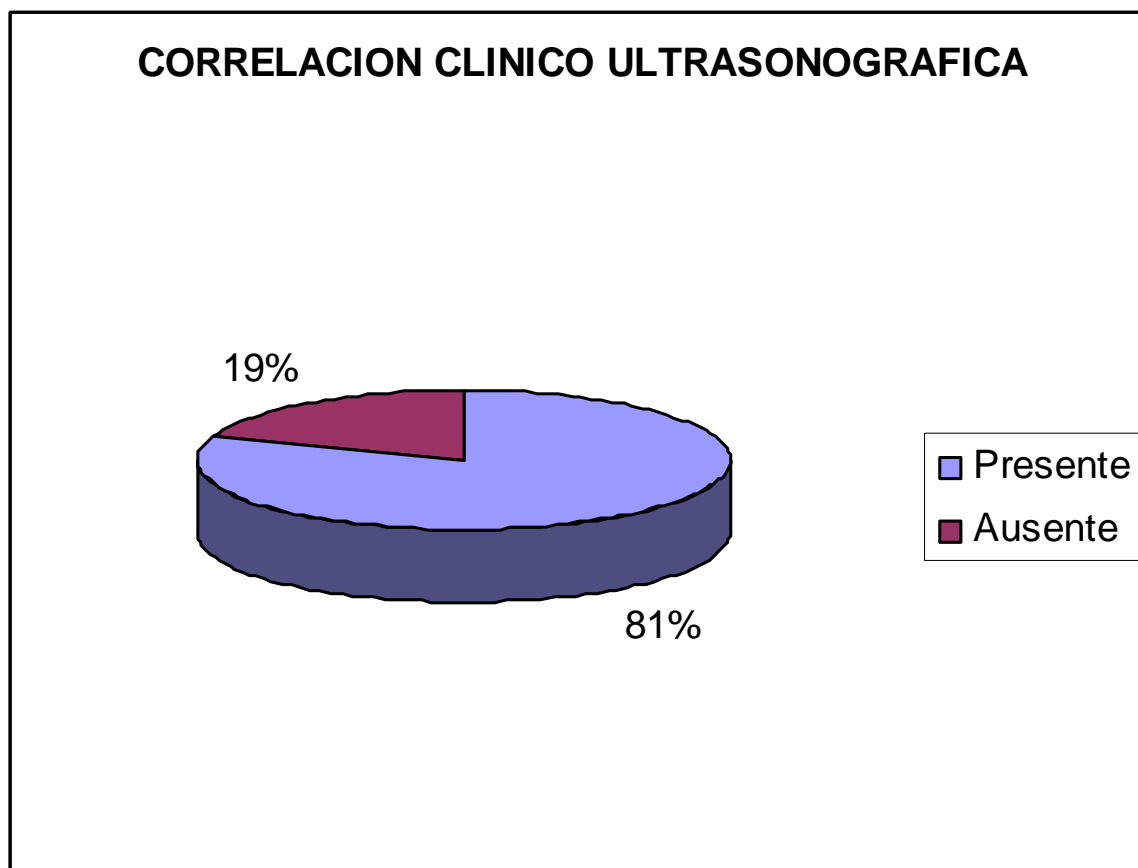
	No de casos	Porcentaje (%)
Presente	172	77.4
Ausente	50	22.6



En cuanto la correlación entre el diagnóstico clínico y ultrasonográfico se encontró presente en un 80.6% y ausente en un 19.4%.

Correlación clínico-ultrasonográfica

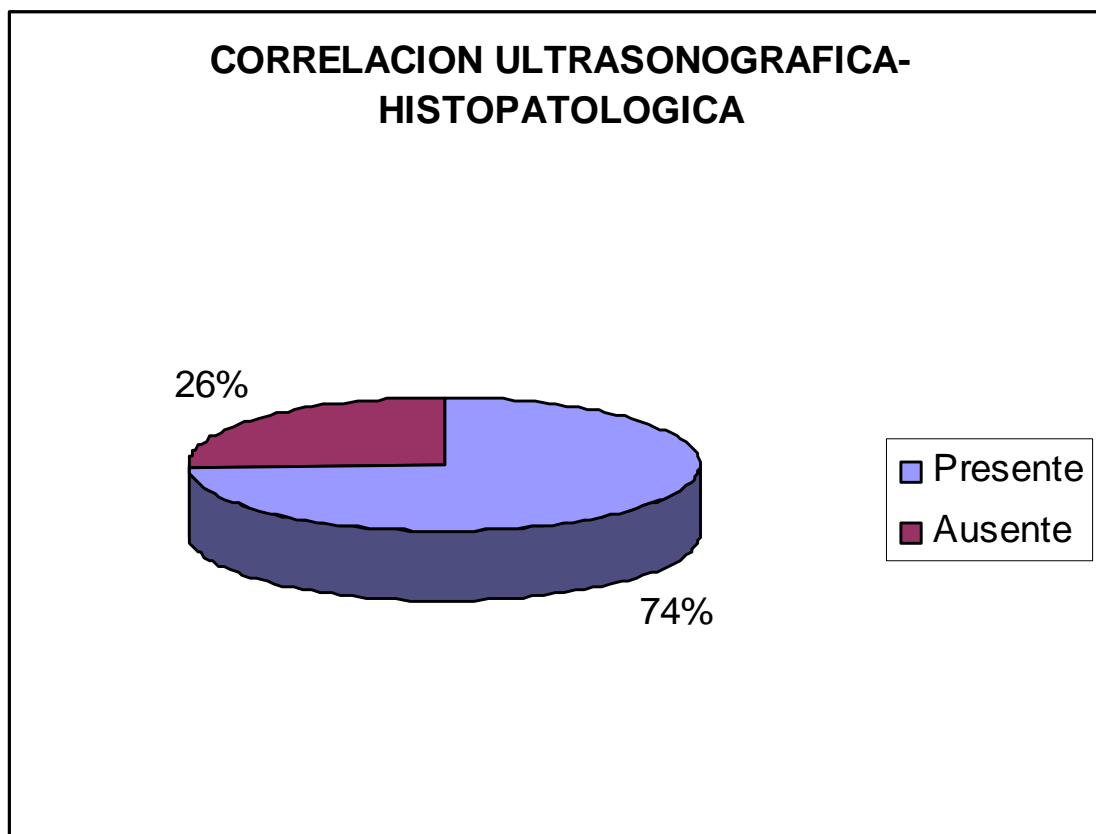
	No de casos	Porcentaje (%)
Presente	179	80.6
Ausente	43	19.4



Por último, encontramos que la relación entre los diagnósticos ultrasonográficos e histopatológico se encontró únicamente en un 74.4% de los casos y no se encontró correlación en un 25.6%.

Correlación ultrasonográfica-histopatológica

	No de casos	Porcentaje (%)
Presente	183	74.4
Ausente	63	25.6



9.7 Discusión

Se comparo el estudio que incluyo a 268 pacientes, en relación a la menarca, edad inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, menopausia.

Lo anterior expuesto refleja a una población con antecedentes ginecológicos dentro de límites normales, con menarca y menopausia en el rango esperado, buena función endocrina en general como lo refleja sus antecedentes obstétricos, entre los que se encuentran el inicio de vida sexual activa precoz y la multiparidad la cual las incluye como cervicitis crónica inespecífica, infección por virus de papiloma humano, displasia cervical y CaCU, quedando excluidas del grupo de alto riesgo para enfermedades asociadas al hipoestrogenismo persistente agregado a la falta de estimulación progestacional como lo son: la leiomiomatosis, hiperplasia endometrial, pólipos endometriales y adenocarcinoma de endometrio (15).

Por otra parte, la multiparidad se asocia a los trastornos de la estática pélvica que incluso puede llegar hasta el prolapso uterino (15,16).

El síntoma por lo cual acudieron la mayor parte de las pacientes fue el sangrado uterino anormal, seguido de dolor pélvico y sensación de cuerpo extraño en vagina. El diagnóstico clínico preoperatorio e indicación de histerectomía fue el de miomatosis, así como el diagnostico ultrasonografico.

El reporte patológico más frecuente fue el de miomatosis uterina, a nivel cervical fue el de cervicitis inespecífica y el de anexo de cistoadenoma.

La técnica quirúrgica más frecuentemente utilizada fue la de histerectomía total abdominal, disminuyendo considerablemente la histerectomía vaginal reconstructiva en relación a otros estudios donde es más frecuente la multiparidad. El cual se relaciona con trastornos de la estática pélvica.

La correlación clínico histopatológica de un 77.4%, así como la correlación clínico-ultrasonográfica del 80.6% y la ultrasono-histológica de 74.4%, es menor que en otros estudios donde el rango por los regular en mayor del 80% por los que es importante una adecuada capacitación clínica y ultrasonografica, para aumentar la correlación histopatológica.

9.8 Conclusiones

1. Durante el 2005 se realizaron 268 histerectomía por indicación ginecológicas u oncológicas
2. El 91.4% se realizaron por vía abdominal en 122 casos se realizo salpingooforectomìa bilateral complementando la técnica, en el 16 se realizo Salpingooforectomìa unilateral y en 9 casos se realizo omentectomìa y apendicetomía. Por vía vaginal se realizaron 23 procedimientos que equivalen a un 8.6% del total de histerectomía totales.
3. El diagnóstico clínico más frecuente fue el de miomatosis uterina, seguido de hiperplasia endometrial y quiste de ovario. El diagnóstico histopatológico más frecuente fue el de miomatosis. Por ultimo el diagnóstico ultrasonografico que se realizo fue también el de miomatosis.
4. La correlación clínico-histopatológica fue de 77.4% el de clínico ultrasonografico 80.6% y el de ultrasono-patología del 74.4%., la cual es menor que en algunos estudios previos los cuales probablemente se deban a que varía el diagnostico ultrasonografico interobservador, por lo que se podría solicitar otros estudios complementarios como es el Ultrasonido Doppler, aunque esto implicaría un mayor adiestramiento en el personal.

Considero que estas cifras pueden y deben mejorarse como en las pacientes que fueron sometidos a histerectomía con diagnóstico de hiperplasia de endometrio (13) que no se enviaron con este diagnóstico por ultrasonografía, siendo de gran utilidad si se realiza con transductor endovaginal, método que se ha justificado su importancia para el diagnóstico de patología endometrial permitiendo orientar al clínico antes de indicar un procedimiento quirúrgico mayor.

10. Recursos

10.1 Humano

Se realizó la recolección de datos por el encargado de la tesis en formato de computadora que incluía los datos de nombre, número de expediente, edad, menarca, IVSA, parejas sexuales, menopausia, síntomas, diagnóstico clínico, diagnóstico de ultrasonido, procedimiento, resultado de patología.

10.2 Físicos

Se utilizó una computadora personal y formato para recabar datos, así como la disposición de un laboratorio clínico y patología, ultrasonido, consultorio de consulta externa.

11. Financiamientos

No se realizó ningún estudio adicional, solo los encontrados en el expediente. El cual incluía:

Historia clínica:

Datos de la paciente

USG pélvico

Hoja de consentimiento informado de procedimiento

Hoja de procedimiento quirúrgico realizado

Resultado de patología

11.1 Costo de la investigación

Se incluye como protocolo de estudio en el hospital para paciente que se intervienen quirúrgicamente en histerectomías.

El costo de USG su costo es de 500 pesos unitario lo cual se realizo el hospital y al final de estudio en donde se incluyeron a 268 paciente tuvo un costo de 134, 000 pesos.

El costo de consulta de especialidad es de 632 pesos por consulta las cuales se realizar mínimo en 3 ocasiones para realizar el historia clínica, diagnostico y establecer tratamiento por paciente; dando un costo de 508, 128 pesos en nuestro grupo de estudio.

Los estudios preoperatorio que se solicitan a la paciente con un costo unitario de 475 pesos que da un costo de 127 300 pesos en las pacientes.

El costo por procedimiento quirúrgico para la obtención de pieza quirúrgica es de 11, 160 pesos, el cual da un costo de 2, 990, 880 pesos.

Se realizo el estudio de patología de la pieza quirúrgica obtenida y el costo es de 250 pesos unitario el cual da un tola de 67, 000 en el total de número de pacientes.

El costo de todo el procedimiento quirúrgico por paciente nos da un total de 14 281 pesos.

En total de forma anual nuestra institución gasto 3 827 308 pesos por este procedimiento.

Según este estudio se realizo el procedimiento quirúrgico justificado en 183 pacientes y en 85 pacientes no se justifico el procedimiento con un gasto de 1 213 885 pesos, que en total es un 31.7% del gasto total que se da por este procedimiento en nuestro hospital.

12. Aspectos éticos

El estudio nos permitió analizar la realización adecuada de la historia clínica de la paciente así como que se contara con la autorización del procedimiento quirúrgico en la hoja de consentimiento informado. Valorar la calidad del diagnóstico establecido y relacionarlo con el resultado del tratamiento.

13. Autorización

Se realiza registro de documentación de dicho protocolo de investigación siendo el dictamen favorable con No. de registro 219.2006.

14. BIBLIOGRAFIA

1. - Mendelson WJ, Zurjak A. Gynecologic imaging: Comparison of Transabdominal and Transvaginal Sonography Radiology 1988; 166: 321-324.
2. - Coleman AE. Transvaginal and Transabdominal Sonography: Prospective comparison. Radiology 1988; 168: 639-643
3. - Hata K, Alfirevic Z. Efficiency of Transvaginal scanning Obstetric and Gynecologic fields. Gynecol Obstet Invest. 1990;20 (1):41-46.
4. - Goldstein SR Incorporating endovaginal Ultrasonography into the overall gynecologic examination. Am J Obstet Gynecol 1990; Mar. 162 (3): 625-632.
5. - Andolf E A prospective comparison of transabdominal and transvaginal ultrasound with surgical findings in gynecologic disease J Ultrasound Med 1990; Feb 9: (2)71-75.
6. - Ahued AJR. Cirugía ginecológica en la tercera edad. Ginec Obstet de Mex 1990; 58:5-7.
- 7.- Pérez A y Cols. Correlación clínica, ultrasonográfica e histopatológica de pacientes sometidas a histerectomía. Rev Med del Hosp de la Mujer, ago-oct 1991; (1):16-28
- 8.- Camilien LD, Obice J G Diagnostic imaging of Gynecological diseases: the clinician's view. Urol Radiol 1991;13: (1)3-8

- 9.- Granberg Et al. Endometrial thickness as measured by endovaginal ultrasonography for identifying endometrial abnormality. Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 47-52.
- 10.- Jaffe, Warson. Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología. Ginecología Temas Actuales. 1988 383-655.
- 11.- Thompson HE. Valoración de la paciente por ultrasonido como método diagnóstico. Clin Obstet y Ginecol 1974; Dic. 1-24.
- 12.- Pratt JH. Prevención y tratamiento de las complicaciones comunes de la histerectomía. Clin Obstet y Ginecol 1976; 3:645.
- 13.- Thompson JD, Birch HW. Indicaciones para Histerectomía. Clin Obstet y Ginecol 1981; 4:1255-67.
- 14.- Parker RT, Piscitelli J, Cirugía ginecológica en la paciente de la edad avanzada. Clin Obstet y Ginecol 1986;(2): 282-291.
- 15.- Jones HW, Jones GS Tratado de Ginecología de Novak. Editorial Interamericana, Décima edición. 1986
- 16.- Paulo Barros. Atlas de Operaciones Ginecológicas Editorial Manual Moderno, Segunda edición, 1989.