UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 4

“LUIS CASTELAZO AYALA”

Análisis de las principales causas de histerectomía ginecológica en pacientes menores de 40 años de edad en la población en el hospital Luis Castelazo Ayala de Enero - Agosto 2016.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MARTHA CAROLINA AGUIRRRE SÁNCHEZ

ASESOR:
CRISTINA JIMÉNEZ MEDRANO

CIUDAD DE MÉXICO GRADUACIÓN FEBRERO 2018

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Dedicatoria:

A mis padres porque sin su apoyo y cariño no hubiera podido recorrer este camino.

A mi tutora de tesis Dra. Cristina Jiménez por su apoyo en este trabajo.

A mis maestros que gracias a sus enseñanzas he podido construir mi presente.

"Enseñarás a volar,
pero no volarán tu vuelo.

Enseñarás a soñar,
pero no soñarán tu sueño.

Enseñarás a vivir,
pero no vivirán tu vida.

Sin embargo...
en cada vuelo,
en cada vida,
en cada sueño,
perdurará siempre la huella
del camino enseñado."

Madre Teresa de Calcuta

Índice

Carta de aceptación del trabajo de tesis	3
Resumen	4
Abstract	5
Antecedentes científicos	6
Planteamiento del problema	10
Objetivo del estudio	10
Objetivos específicos	10
Justificación	10
Material y métodos	11
Resultados	12
Discusión	14
Conclusión	17
Referencias bibliográficas	18
Gráficas	21
Tablas	24
Anexo	30
Dictamen de autorización	31

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

Por medio de la presente informamos que la C. **Martha Carolina Aguirre Sánchez** residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de sus tesis **Análisis de las principales causas de histerectomía ginecológica en pacientes menores de 40 años de edad en la población en el hospital Luis Castelazo Ayala de Enero - Agosto 2016.**

con No. de registro del proyecto **R-2017-3606-2** por lo que otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

Dr. Oscar Moreno Álvarez
Director General
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer
Director de Educación e Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Sebastián Carranza Lira
Jefe de la División de Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Cristina Jiménez Medrano
Asesor de tesis
Médico de base de tracto genital superior
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Resumen

Introducción: Existe poca información sobre las causas de histerectomía en muejres menores de 40 años. El presente estudio analiza dichas causas y las características de la población en el transcurso de enero a agosto del 2016.

Objetivos: Conocer las principales causas de histerectomía ginecológica en la población menor de 40 años de edad, así como las características clínicas de dicha población.

Material y métodos: Estudio retrospectivo transversal realizado en 127 pacientes postoperadas de histerectomía secundaria a causas ginecológicas. Las variables consideradas para el estudio son la edad, índice de masa corporal, antecedentes de enfermedades crónico degenerativas, paridad, edad de menarca y antecedente de infecciones vaginales; se analizan las principales causas de la histerectomía, y el diagnóstico histopatológico.

Análisis estadístico: Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión en tablas y gráficas.

Resultados: De las pacientes estudiadas, 68.5% se encuentran entre los 36 y 40 años de edad, el 75.8% presentó índice de masa corporal aumentado, el síntoma más referido en la consulta ginecológica fue la dismenorrea (74.6%).

Conclusión: La principal causa de histerectomía en la población de este estudio fue la leiomiomatosis uterina en el 54.8%, seguida de adenomiosis en 14.3% y pólipo endometrial en 5.6%. El 68.5% se realizó en el grupo etario de 36-40 años. La elevación del índice de masa corporal se presentó en 75.8% de las pacientes.

Palabras clave: hemorragia uterina anormal, histerectomía.

Abstract

Introduction: There is little information on the causes of hysterectomy in women under 40 years old. The present study analyzes these causes and the characteristics of this population in the course from January to August, 2016.

Objectives: To know the main causes of gynecological hysterectomy in the population under 40 years old, as well as the clinical characteristics of said population.

Material and methods: Retrospective cross-sectional study performed on 127 postoperative patients with hysterectomy secondary to gynecological causes. The variables considered for the study are age, body mass index, history of chronic degenerative diseases, parity, age of menarche and history of vaginal infections; The main causes of hysterectomy and histopathological diagnosis are analyzed. **Statistical analysis:** We used measures of central tendency and dispersion in tables and graphs.

Results: Of the patients studied, 68.5% were between 36 and 40 years of age, 75.8% had an increased body mass index, the principal symptom reported in the gynecological consultation was dysmenorrhoea (74.6%).

Conclusion: The main cause of hysterectomy in the population of this study was uterine leiomyomatosis in 54.8%, followed by adenomyosis in 14.3% and endometrial polyp in 5.6%. 68.5% was performed in the age group of 36-40 years. The elevation of the body mass index was present in 75.8% of the patients.

Keywords: Uterine abnormal bleeding, hysterectomy

Antecedentes científicos

La primer histerectomía abdominal con paciente que sobrevivió al evento quirúrgico, registrada en la historia, la realizó Walter Bumham de Lowell, en Massachussetts, en 1853, y a partir de entonces se ha convertido en una técnica terapeútica, tan importante que en la actualidad se trata de la segunda cirugía más frecuente en las mujeres después de la cesárea.[1] Su incidencia en Estados Unidos en un inicio aumentó anualmente, reportándose 543,812 en 1998 y hasta 681,234 en el 2002. Actualmente, la tendencia es disminuir el número de éstas cirugías, priviligiado los manejos conservadores. La causa de esta disminución incluye, nuevas técnicas terapeúticas como la embolización de arterias uterinas, la ablación endometrial, el uso de algunos fármacos y el endoceptivo liberador de levonorgestrel. Esta disminución (de aproximadamente el 40% en países desarrollados) ha sido más marcada a partir de 1998.[1-3] En el 2013 la ACOG reporta 247,973 pacientes en el 2010 y una disminución a 400,000 casos anuales, en estadísticas de Estados Unidos Americanos.[2]

En la institución en donde se reliza el presente estudio, no se ha observado disminución significativa en la realización de este procedimiento, al contrario existe un incremento predominantemente en pacientes en edad fértil, desconocemos la causa.

La histerectomía ginecológica es una alternativa terapeútica tanto en patologías benignas y malignas de órganos genitales internos, dentro de las principales causas reconocidas por la ACOG 2013 se encuentran: leoimioma (47.6%), hemorragia uterina anormal (28.9%), tumor de ovario benigno (63.1%) y la endometriosis

(65.3%). Ésta patología benigna y entre ella la leiomiomatosis son la principal causa de histerectomía.[2,3]

A continuación se presentan una breve revisión de éstas enfermedades benignas:

- Miomatosis uterina: se presenta en el 70% de las mujeres a lo largo de su vida y se asocia a una mayor incidencia en la quinta década de la vida, es asintomática hasta en el 75% de las mujeres en edad fértil y se asocia a múltiples factores de riesgo dentro de los que se encuentran:

  - Raza: las mujeres afroamericanas tienen de 3-9 veces mayor prevalencia comparada con las mujeres asiáticas y de raza blanca.[4-6]
  - Agregación familiar: la miomatosis uterina familiar es un factor de riesgo para la aparición de la misma, su incidencia es 2.5 veces mayor en mujeres con al menos 3 familiares de primer grado con miomatosis uterina, y aumenta con un riesgo relativo a 5.7 si el familiar desarrolló el mioma antes de los 45 años de edad.[4,7]
  - La menarca precoz (< 10 años) y la exposición intraútero al dietiletilbestrol se han relacionado con la aparición de miomatosis uterina. Los miomas son menos frecuentes en las mujeres que tienen antecedentes de gestaciones a término a una edad temprana, y aquellas mujeres multíparas.[4-6]
  - Se ha observado que el tabaco reduce la aparición de miomas, sobre todo en mujeres que consumen más de 10 cigarrillos/día, excepto en mujeres de raza negra.[5]
  - La hipertensión, la obesidad y la diabetes mellitus también se han asociado con aumento en el riesgo del desarrollo de miomas.[8,9]

Se considera el tratamiento quirúrgico en el caso de miomatosis uterina si presenta sintomatología que dificulte las actividades de la vida diaria del paciente, la presencia de crecimiento rápido del tumor, el tamaño uterino y la hemorragia uterina anormal.[6]

En el presente estudio se toma como variable el tamaño uterino y la sintomatología presentada para valorar el porcentaje de pacientes que presentó indicaciones para tratamiento definitivo.

- Hemorragia uterina anormal: es una afección común, presente en el 10% a 15% de las mujeres en edad reproductiva. Se define como el sangrado del cuerpo uterino que es anormal en volumen, regularidad, temporalidad y que ha estado presente durante la mayor parte de los últimos seis meses.[7]

Debido a que es frecuente que en el interrogatorio, las pacientes no estimen adecuadamente la cantidad del sangrado transvaginal, para valorar la existencia de las anormalidades del sangrado menstrual se consideró como criterio los valores de hemoglobina prequirúrgicos.

- Tumores benignos de ovario: Son un motivo frecuente de consulta ginecológica, presenta una prevalencia de 7% en pacientes con edad reproductiva, del 1-2% antes de la pubertad o en la adolescencia. Los datos histológicos muestran que el 25-35% corresponden a cistoadenomas serosos, 10-15% a cistadenomas mucinosos, 20% a endometriomas, 10-20% a teratomas maduros o quistes demoides y el 1-4% a tumoes malignos.[10]

Se considera el tratamiento quirúrgico en tumores de más de 6 cm, sintomáticos, o complicados (molestias pélvicas, torsión o hemorragia) así como las masas ováricas sospechosas de malignidad.[10]

- Endometriosis: se considera la enfermedad crónica, que afecta cerca del 10% de las mujeres en la población general y hasta el 40% cuando presentan el antecedente de infertilidad. Se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Los principales síntomas asociados son el dolor pélvico, y la infertilidad. La dispareunia también es un síntoma que se presenta con frecuencia.[11-13]

- Otra causa de histerectomía que se menciona en la literatura, es el dolor pélvico crónico.[7,8] Entre sus casusas ginecológicas más frecuentes se encuentran las infecciones genitales altas, endometriosis y adenomiosis.[12,16,17]

Para conocer el porcentaje de la población que presenta cervicovaginitis y por lo tanto factores de riesgo para enfermedad pélvica inflamatoria, se estudiaron los exudados vaginales prequirúrgicos y la flora patógena reportada.

Debe considerarse que la realización de la histerectomía en pacientes en edad temprana no es inocua, se han reportado la asociación de esta cirugía con la presencia de síntomas urinarios irritativos y obstructivos, así como disfunción sexual en las pacientes.[18] Un estudio retrospectivo en donde se compararon 142 pacientes, 58 a quienes se les realizó histerectomía simple, 41 con histerectomía radical y 43 pacientes controles sin intervención quirúrgica, se encontró que las pacientes a quienes se les realizó histerectomía, presentaron síntomas urinarios

irritativos y obstructivos, debido a que la distensibilidad de la vejiga disminuye y el volumen residual aumenta a corto y largo plazo en las pacientes post operadas, además de presentar alteraciones en la función sexual, predominantes en aquellas mujeres a quienes se les realizó una histerectomía radical.[5] En el 2013, se realizó una revisión bibliográfica con análisis 12 estudios los cuales incluyeron 3 tipos de histerectomía: subtotal, total y radical, encontrando que la mayoría concluyen que la histerectomía provoca efectos adversos en algunos aspectos de la sexualidad, que la realización de la misma por vía laparoscópica presenta menos riesgos de alteraciones en la sexualidad, la vía vaginal es la que ocasiona mayores problemas sexuales.[14,15,18]

Planteamiento del problema.

- ¿Cuáles son las principales causas de histerectomìa en pacientes menores de 40 años, y cuáles son sus características clínicas?.

Objetivo del estudio. Conocer las principales causas de histerectomía ginecoloógica en la población menor de 40 años de edad, y sus características clínicas en el hospital Luis Castelazo Ayala del mes de enero a agosto 2016.

Objetivos específicos.

1. Determinar el principal diagnóstico histopatológico.
2. Conocer las características clínicas de las pacientes sometidas a éste procedimiento.

Justificación

Existen estadÍsticas precisas de las causas de histerectomía ginecológica, sin embargo no se cuenta con estadística específicamente en mujeres menores de 40

años; debido a que las principales causas descritas presentan mayor incidencia en la población de la quinta década de la vida.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, transversal el cual se realizó en pacientes menores de 40 años de edad postoperadas de histerectomía la cual había sido programada en consulta externa en el período comprendido de enero a agosto del 2016 en la UMAE No.4 “Luis Castelazo Ayala”. Todas ellas contaban con resultado definitivo de histopatología.

Se analizó la edad de la paciente (años), su índice de masa corporal (Kg/m^2), la edad de menarca (años), número de embarazos a término, nivel de hemoglobina (mg/dl), antecedente de comorbilidades y la presencia de infecciones vaginales previo a la cirugía. Se utilizó el expediente clínico para recabar las variables, las cuales se capturaron para posterior análisis estadístico. Con el objetivo de describir la sintomatología referida en el interrogatorio y los hallazgos histopatológicos.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS V. 20 Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, tablas y gráficas.

Este estudio fue autorizado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación con el No. de registro R-2017-3606-2.

Resultados

Se incluyeron 127 pacientes, 2.4% tenían entre 20 y 25 años, 5.5% entre 26 y 30 años, 23.6% entre 31 y 35 años, y el 68.5% entre 36 y 40 años de edad. Existiendo un mayor porcentaje de histerectomías conforme a mayor edad.

En cuanto al índice de masa corporal, 75.8% presentó valores superiores al normal presentando sobrepeso u obesidad conforme a la clasificación de la OMS, de ellos 43.3% presentó sobrepeso, 24.4% obesidad grado 1, 5.5% obesidad grado 2 y 2.4% obesidad mórbida. Únicamente el 5.5% presentó índice de masa corporal normal y 0.8% desnutrición.

Con respecto a la edad de presentación de la menarca, 47% de las pacientes la presentaron entre los 11 y 14 años, el resto de las pacientes se distribuyeron de forma uniforme entre las que presentaron menarca debajo de los 10 años y aquellas por arriba de los 15 años. Gráfica 1

Del total de la población 47.4% presentó el antecedente de 2 embarazos a término, 22.2% 1 embarazo a término, 20.18% 3 embarazos a término y el 19.2% negó el antecedente de embarazos a términos, únicamente el 5.5% refirió más de 3 embarazos a término. Gráfica 2

Analizando la presencia de anemia, el 66.9% de la muestra presentó niveles de hemoglobina dentro de los parámetros normales, el restante 33.1% presentó anemia, de los cuales al 13.3% se le diagnosticó anemia leve, sin requerir transfusión sanguínea previa al procedimiento, el 15.7% presentó anemia moderada, y 3.9% anemia severa. Gráfico 3

La tabla 1 muestra la sintomatología por la que las pacientes solicitaron su valoración por la especialidad de ginecología, referido durante la primera consulta; la información se recabó de acuerdo a lo reportado en la nota del expediente clínico, en algunos casos no se refirió la sintomatología y se escribió el diagnóstico probable en lugar de éste. Tabla 1

Como se observa en la tabla 1, el 74.6% de las pacientes refirió la presencia de dismenorrea en diferentes grados durante su ciclo menstrual, en la tabla 2 se desglosa de acuerdo al grado de sintomatología y afección de las actividades en la vida cotidiana de las pacientes, observando que el 46.8% presentó dismenorrea con moderada afectación a las actividades diarias, y en el 15.9% sintomatología que impide la adecuada realización de las actividades diarias. Tabla 2

La dismenorrea es el síntoma que en mayor porcentaje se presenta en las pacientes en las que se realizó una histerectomía ginecológica.

En segundo lugar, en el 65.9% refirió alteraciones menstruales compatibles con el diagnóstico de hemorragia uterina anormal, con aumento en cantidad, frecuencia y duración del sangrado transvaginal. La tercera causa fue el hallazgo ultrasonográfico de miomatosis uterina.

El resto de las causas de envío a tercer nivel se presentan en menor frecuencia y se pueden observar en la tabla 1.

El 73% de las pacientes se refirieron previamente sanas, del restante 27% la comorbilidad que con mayor frecuencia se encontró, fue el síndrome metabólico presente en el 9.6%, se desglosa en 4% hipertensión arterial crónica, 2.4% diabetes mellitus y dislipidemia con 1.6%, se debe considerar que en el expediente no se

consideró a la obesidad como una enfermedad, si se tomara en cuenta la proporción de éste aumentaría significativamente ya que 24.4% de la población presenta IMC arriba de 30 kg/m^2. Tabla 3

Se analizaron todos los reportes de patología disponibles ya que, el 36.5% no contó con reporte de peso de la pieza quirúrgica, de los analizados, se encontró, 43% con peso uterino igual o menor de 280 mg, y únicamente el 20.5% presentó aumento en el peso uterino. Tabla 4

Con respecto al antecedente de cervicovaginitis, en el primer exudado cervical solicitado en la consulta externa, se encontró que el 28.6% de las pacientes no contaban con el estudio en su expediente ni en el registro de bacteriología, por lo que se clasifica como se desconoce; el 42.1% de las pacientes obtuvieron resultado negativo a infección en el primer exudado vaginal y el 29.3% de las pacientes presentaron estudio positivo a diferentes patógenos, el más frecuente se trató de Gardnerella vaginalis. Tabla 5

Discusión

En el estudio coincide con la ACOG en cuanto a la principal causa de histerectomía, la leiomiomatosis uterina, llama la atención que no se reporta en los resultados un incremento importante en el tamaño y peso uterinos.[2] Tampoco se sabe cuáles de esos miomas presentaban componente submucoso, ya que no contamos con estudio previo a la cavidad uterina y solo 7 reportes de patología mencionan dicha ubicación.[2,14]

Se encontró que el grupo etario con mayor índice de histerectomías fue el de 36-40 años, se considera importante para temas de reproducción humana, ya que como se sabe después de los 35 años de edad existe una importante disminución de reserva folicular a lo que se añade un aumento de alteraciones en factor uterino que dificulta el embarazo.

Del total de la población, 75.8% presentó índice de masa corporal arriba del valor referido como normal, 43.3% presentó sobrepeso y 24.4 % obesidad, estas cifras corresponden con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 en donde se reporta obesidad en el 75.6% de las mujeres mayores de 20 años.[20]

La importancia de la obesidad como comorbilidad recae en el aumento en la incidencia de hemorragia uterina anormal, así como la relación con hiperestrogenismo (estrona) que se considera un factor de riesgo para miomatosis uterina.[19]

Se encontró también como principal comorbilidad asociada el síndrome metabólico con 32.2% obesidad, 4% hipertensión arterial crónica, 2.4% diabetes mellitus y 1.6% dislipidemia, se considera importante ya que como se mencionó en los antecedentes se ha encontrado relación entre el antecedente personal de hipertensión, obesidad y diabetes mellitus y el aumento de riesgo del desarrollo de miomas.[8,9]

En la población mexicana esta relación es fundamental ya que el porcentaje de mujeres que presentan obesidad en nuestro país asciende a 75.6%, además en 2016 la misma encuesta reporta que la prevalencia de diabetes es de 10.3% en las mujeres; este incremento en enfermedades crónicas podría relacionarse con la

leiomiomatosis uterina en edades menores, y puede ser un tema para investigaciones posteriores.[20]

La edad de menarca se considera factor de riesgo para presentar leiomiomatosis uterina cuando se presenta antes de los 10 años de edad, sin embargo este factor de riesgo se presenta en menos de la tercera parte de la población.[5]

Se ha relacionado el número de gestaciones, así como la edad del primer embarazo a la incidencia de patologías causantes de hemorragia uterina anormal, sin embargo en nuestra población prevalecieron mujeres con 1 a 2 embarazos a término por lo que no se considera un factor de riesgo en la muestra. Gráfico 2

Debido a que en este estudio se tomó en cuenta el nivel de hemoglobina como marcador objetivo (de acuerdo a la OMS) de la cantidad de sangrado transvaginal, se puede observar que más del 66.5% de las pacientes no presentaron hemorragia uterina con anemia, de acuerdo a los criterios señalados, como se observa en la gráfica 3. La mayoría de las pacientes no presentó criterios para tratamiento quirúrgico por afectación de hemoglobina.[1,4]

Se encontró que el 28.6% de las pacientes no contaron con exudado vaginal previo a la cirugía, del resto, el 42.1% presentó cervicovaginitis en el primer exudado vaginal realizado, sin embargo no se tiene diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria por criterios mínimos, adicionales o definitivos en ninguna paciente.

El segundo diagnóstico histopatológico fue adenomiosis presente en el 14.3%, lo cual corresponde con la literatura en donde se reporta incidencia de 5-70%. Si se tiene en cuenta que el pico de incidencia de adenomiosis en la mujer se presenta de los 35-50 años de edad, se puede considerar que esta frecuencia de

adenomiosis, es la más alta encontrada en las pacientes de la unidad. Se correlaciona con el dolor pélvico crónico con dicho diagnóstico preoperatorio ya que de las 6 pacientes con dolor pélvico crónico, 5 presentaron en el reporte de patología adenomiosis y una endometriosis.[13,16]

Conclusión

- La leiomiomatosis es la principal causa (54.8%) de histerectomía ginecológica, seguido de adenomiosis en el 14.3% y pólipo endometrial en 5.6%.
- El 68.5% de las histerectomías se realizaron entre los 36 y 40 años de edad y solamente el 31.5% en pacientes menores de 36 años, en ambos grupos la leiomiomatois fue el principal diagnóstico.
- La elevación del índice de masa corporal se presentó en el 75.8%, sabemos que el aumento tejido adiposo se relaciona con hiperestrogenismo que se podría relacionar con miomatosis.
- La dismenorrea es el síntoma más común presente en 79.6% de las pacientes.
- El síndrome metabólico se encontró en el 41.8% con 32.2% obesidad, 4% hipertensión arterial crónica, 2.4% diabetes mellitus y dislipidemia con 1.6%.

Referencias bibliográficas

1. Moen M. Hysterectomy for benign conditions of the uterus. Obstet Gynecol Clin N Am 2016;43:431-440.

2. Wright JD, Herzog T, Tsui J, Ananth CV, Lewis SN, Lu YS, et al. Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in the United States. Obstet Gynecol 2013;122:233-241.

3. Billow MR, El-Nashar SA. Management of abnormal uterine bleeding with emphasis on alternatives to hysterectomy. Obstet Gynecol Clin N Am 2016;43:415-430.

4. Iñaki L. La histerectomía por miomas. Med Clin (Barc) 2013;141:13-16.

5. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N. Miomas uterinos. EMC España 2014;57:312-324.

6. Morales FM, Usandizaga CM. Histerectomía por mioma: ¿un asunto de anemia y tamaño uterino? Prog Obstet Ginecol 2015;58:301-306.

7. Munro GM, Critchley ODH, Fraser SI. La clasificación FIGO de causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos. Revista del Climaterio 2011;15:9-17.

8. Portela ES, Soto GM. Problemas sexuales derivados de la histerectomía. Clin Invest Gin 2015;42:25-32.

9. Nouri M, Tavakkolian A, Mousavi SR. Association of dysfuncional uterine bleeding with high body mass index and obesity as a main predisposing factor. Diabetes Metab Syndr 2014;8:1-2.

10. Capmas P, Cornou C, Bensaid C, Ngo C, Nos C, Lecuru F, et al. Tratamiento quirúrgico de los tumores benignos del ovario (excluidos endometriomas). EMC Ginecología-Obstetricia 2017;53:1-7.

11. Fritel X, Fauconnier A, Chapron C. Algias pélvicas crónicas de la mujer. Orientación diagnóstica y conducta que se debe seguir. EMC Ginecología-Obstetricia 2006;162:1-9.

12. Parazzini F, Esposito G, Tozzi L, Noli S, Bianchi S. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2017;209:3-7.

13. Zullo F, Spagnolo E, Saccone G, Acunzo M, Xodo S, Ceccaroni M, et al. Endometriosis and obstetrics complications: a systematic review and meta-analysis. ASRM 2017;10:667-672.

14. Barker MA. Current Issues with Hysterectomy. Obstet Gynecol Clin N Am 2016;43:591-601.

15. Selcuk S, Cam C, Asoglu MR, Kucukbas M, Arinkan A, Cikman MS. Effect of simple and radical hysterectomy on quality of life all aspects of pelvic floor dysfunction. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016;198:84-88.

16. Brun JL, Fenomanana L, Pelage H, Fernández H. Adenomiosis: tratamiento. EMC Ginecología-Obstetricia 2015;51:1-10.

17. García HB, Chillón MR, Rebollo RJ, Orta PA. Dismenorrea primaria y fisioterapia. Fisioterapia 2005;27:327-342.

18. Valle L, Seara S, Angel J. Efectos adversos en la intervención de la histerectomía. Rev Calidad Asistencial 2005;20:193-198.

19. Keag O, Mahmood TA. Implications of obesity on gynaecological surgery. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine 2016;26:1-5.

20. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Rivera-Dommarco J, Gutiérrez JP, Hernández AM, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino 2016. Informe final de resultados, 31 octubre 2016. http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

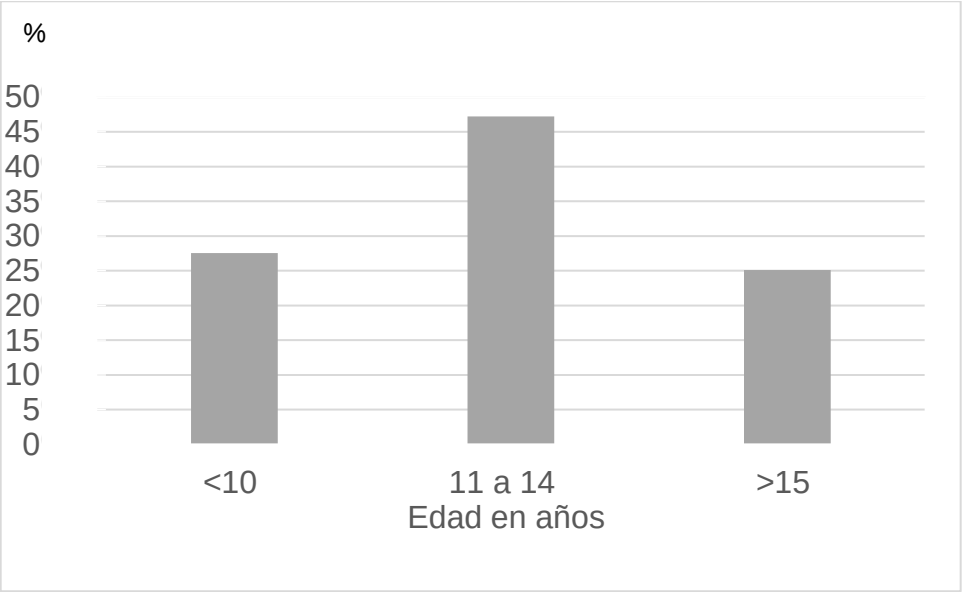

Gráfico 1: Edad de presentación de menarca.

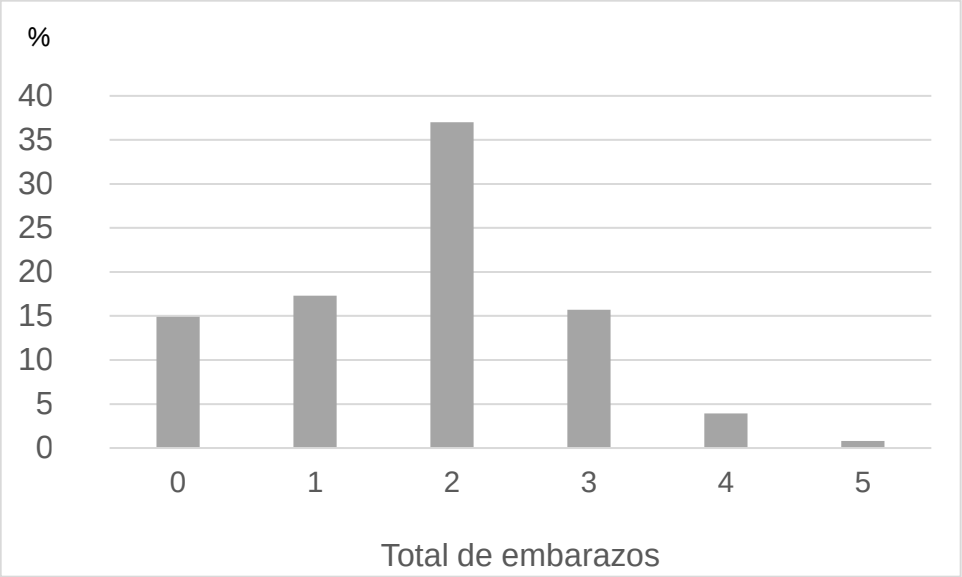

Gráfico 2. Número de embarazos a término.

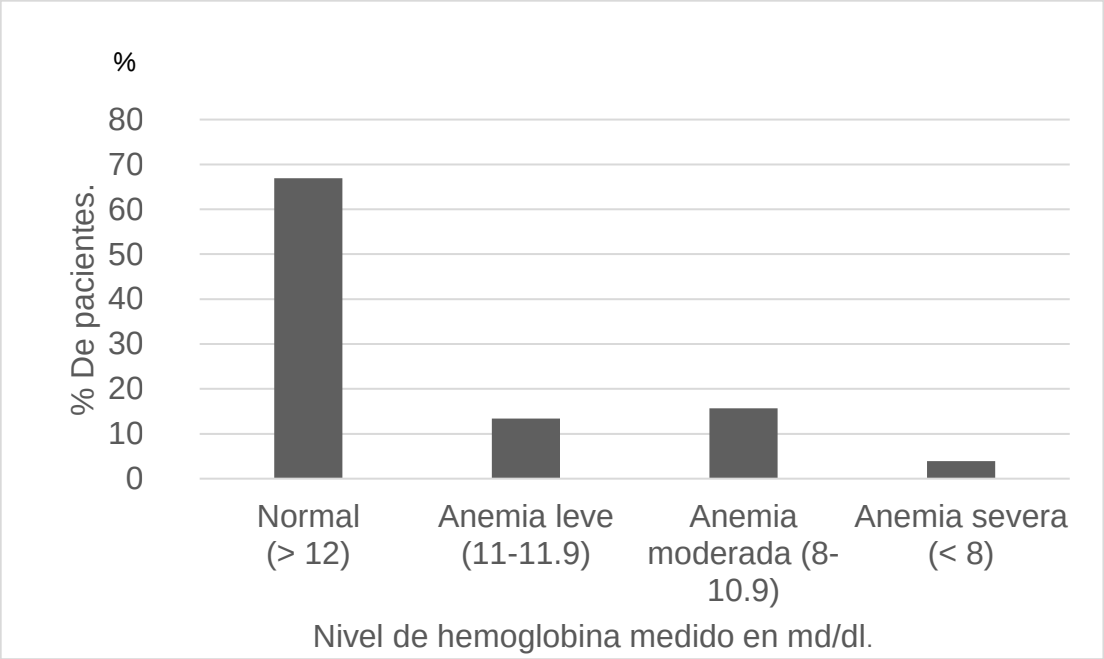

Gráfico 3. Distribución de pacientes según valores de hemoglobina.

Tabla 1.Síntomas y diagnósticos más frecuentes.

Síntomas o diagnósticos	%
Dismenorrea	74.6
Hemorragia uterina anormal	65.9
Miomatosis uterina	32.6
Dolor pélvico	5.6
Hiperplasia endometrial	3.2
Cáncer cervicouterino	3.2
Enfermedad pélvica inflamatoria	1.6
Tumor pélvico	1.6
Lesión intraepitelial alto grado	0.8
Lesión intraepitelial bajo grado	0.8
Tumor de ovario	0.8

Tabla 2. Grados de severidad de la dismenorrea.

Dismenorrea	%
Se desconoce	23.8
Grado 0	1.6
Grado 1	11.9
Grado 2	46.8
Grado 3	15.9

Tabla 3. Comorbilidades presentes en las pacientes. N=127

Comorbilidades	%
Negado	73.0
Diabetes mellitus 2	4.0
Hipertensión arterial crónica	4.0
Se desconoce	3.2
Epilepsia	2.4
Asma	1.6
Dislipidemia	1.6
Migraña	1.6
Artritis reumatoide	0.8
Esquizofrenia	0.8
Fibromialgia	0.8
Hiperprolactinemia	0.8
Hipotiroidismo	0.8
Insuficiencia renal crónica	0.8
Lupus eritematoso sistémico	0.8
Síndrome anticuerpos antifosfolípidos	0.8

Tabla 4. Peso uterino reportado en histopatología.

Peso uterino (280 mg)	%
Normal	43
Aumentado	20.5
Se desconoce	36.5

Tabla 5. Resultado de exudado vaginal prequirúrgico.

Exudado vaginal	%
Negativo	42.1
Desconoce	28.6
Gardnerella vaginalis	15.1
Candida albicans	6.3
Escherichia coli	4.0
Estreptococo beta hemolítico	1.6
Enterococcus	0.8
Estafilococo sp.	0.8

Tabla 6. Diagnóstico histopatológico.

Reporte de patología	%
Leiomioma	54.8
Adenomiosis	14.3
Pólipo endometrial	5.6
Quiste hemorrágico	4.8
Hipertrofia miometrial	4.8
Endometriosis	2.4
Neoplasia intraepitelial II	1.6
Carcinoma adenoescamoso	1.6
Endometrio atrófico	0.8
Adenocarcinoma endocervical	0.8

Anexo 1

No. Paciente	Edad	IMC	Menarca	Gestas	Hemoglobina	Síntoma	Comorbilidades	Tamaño uterino	Diagnóstico histopatológico

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

IMSS

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3606** con número de registro **13 CI 09 010 173** ante COFEPRIS

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM.4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA **09/01/2017**

DRA. CRISTINA JIMéNEZ MEDRANO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Análisis de las principales causas de histerectomía ginecológica en pacientes menores de 40 años de edad en la población en el hospital Luis Castelazo Ayala de Enero – Agosto 2016.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-3606-2

ATENTAMENTE

DR.(A). OSCAR MORENO ALVAREZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL