

*RAM*



*Universidad Nacional Autónoma de México*  
*División de Estudios de Posgrado*  
*Facultad de Medicina*

*Instituto Mexicano del Seguro Social*  
*Hospital de Ginecoobstetricia No. 3*  
*Centro Médico Nacional "La Raza"*



*CENTRO MEDICO LA RAZA*  
*Hosp. de Gineco-Obstetricia*  
*Unidad de Enseñanza e Investigación*

**TESIS DE POSGRADO:**  
**MIOMATOSIS UTERINA, ASPECTOS CLINICOS**  
**TERAPÉUTICOS Y ANATOMO-PATOLÓGICOS**



**I.M.S.S.**

*Autor: Dr. Jesús de la Fuente Molina*  
*Tutor: Dr. José Luis Herrera Sabino*  
*Asesor: Dr. Roberto Navas y Sánchez*

**TESIS CON**  
**FALTA DE ORDEN**

**1989**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## MIOMATOSIS UTERINA

Dentro de las neoplasias del aparato genital femenino, el mioma es el más frecuente, lo que ha motivado numerosas publicaciones, que van desde etiología hasta manejo quirúrgico radical.

En la evolución histórica de la hysterectomía total abdominal, ésta se efectuó varios años después de estarse realizando con cierto éxito la ooforectomía.

Así se sabe que la miomectomía fue realizada antes de la hysterectomía. En 1843 Charles Clay de Manchester, fue uno de los primeros en realizarla y la primera operación exitosa de hysterectomía fue realizada en 1853 por el doctor Walter Burnham en Massachusetts (1).

El pobre resultado de la hysterectomía abdominal en el siglo XIX se consideró que era "una operación completamente injustificada en cirugía".

Indudablemente el avance de la asepsia y antisepsia y los mejores anestésicos hicieron posible que la hysterectomía fuera más practicada y con mayor éxito.

Durante los últimos 30 años se ha producido un cambio gradual que va de la histerectomía subtotal a la total para el tratamiento de las enfermedad benignas. Uno de los mayores avances técnicos que ha contribuido en gran manera a la seguridad de la histerectomía y subsecuentemente prevención de fistulas, fue la extirpación intragascial del útero por E.H. Richardson en 1929 (1).

La histerectomía total abdominal es en la actualidad la operación ginecológica realizada con mayor frecuencia, acompañándose rara vez de morbi-mortalidad

El fibroleiomioma es el tumor más común del útero y la neoplasia más frecuente del tracto genital y como la lesión tumoral más común del tejido muscular liso y fibroso.

Las cifras sobre frecuencia absoluta del mioma experimentan notables oscilaciones, por término medio su frecuencia se calcula en 15 a 20% de las mujeres, ya que la mayoría de las pacientes son asintomáticas. El 95% de todos los tumores benignos del útero son miomas y aproximadamente el 80% de las enfermas se encuentran dentro de los 30 a 50 años. No se han encontrado miomas antes de la pubertad y sólo es excepcional antes de los 20 años y posteriormente a la menopausia tienden a desaparecer, lo que expresa su dependencia hormonal.

El término Leiomioma es comúnmente aplicado a un tumor benigno que se origina del tejido muscular liso, siendo fibroleiomioma la palabra más exacta, puesto que implica un tumor benigno de partida muscular con participación de tejido fibroso, otros sinónimos son leiomioma o miofibroma (2).

### PATOGENESIS

La causa de la miomatosis uterina no es conocida, la estimulación estrogénica de elementos susceptibles fibromusculares ha sido sugerida, los miomas es conocido que aumentan de tamaño en la terapia a base de estrógenos a altas dosis o en un embarazo. Asimismo, los miomas disminuyen de tamaño posteriormente a la menopausia.

Se ha encontrado que a nivel de los miomas la concentración de <sup>17</sup> betaestradiol es más alta que en el miometrio y no se encuentra diferencia de la progesterona en mioma y miometrio (7, 17)

### ANATOMIA PATOLOGICA

En su aspecto macroscópico los miomas son usualmente múltiples, esféricos e irregularmente lobulados, es un tumor

sólido de color gris rosado, bien delimitado, que no presenta cápsula verdadera, compuesto principalmente por tejido muscular liso con proporción variable de tejido conjuntivo.

La imagen microscópica característica del mioma consiste en células musculares lisas fusiformes dispuestas en espiral o remolino.

#### CLASIFICACION

Los miomas son clasificados de acuerdo a su localización en las capas del útero. Los tumores intramurales son los más comunes (4, 5, 8), están situados en la pared muscular sin relación con la mucosa ni la serosa, con su crecimiento, estos tumores distorsionan la cavidad, así como la superficie externa del útero.

Los tumores subserosos están localizados directamente bajo la serosa y se proyectan bajo la superficie externa del útero produciendo la típica configuración nudosa del útero con leiomiomatosis; con el crecimiento el tumor subseroso puede pedicularse, quedando unido al útero mediante un corto o largo y fino pedículo.

Los tumores intraligamentarios resultan del crecimiento de un tumor subseroso hacia el ligamento ancho,

éstos pueden comprimir el ureter o incluso los vasos sanguíneos pélvicos y tienen gran dificultad para la extirpación quirúrgica.

Los tumores submucosos están presentes inmediatamente por debajo del endometrio, con el crecimiento desplazan y adelgazan el endometrio y pueden ser asiento de necrosis e infección, los tumores submucosos también pueden hacerse pediculados y eventualmente protruir hacia el canal vaginal.

Los cambios degenerativos que pueden sufrir los miomas son:

1. **Atrofia.** Los signos y síntomas desaparecen posteriormente a la menopausia o al embarazo
2. **Hialina.** Es la más frecuentemente observada, el tejido muscular fibroso es reemplazado por áreas hialinas, estos tumores son asintomáticos.
3. **Quístico.** Esto se atribuye a la falta de irrigación sanguínea y se caracteriza por la aparición de cavidades o quistes.
4. **Calcificación.** Los miomas subserosos son los más comúnmente afectados por obstrucción circulatoria que causa preci-

pitación de carbonato de calcio y fosfato en el tumor y la torción causa dolor.

5. Degeneración Roja. La trombosis, congestión venosa y hemorragia intersticial son responsables del color del mioma en la degeneración roja y esto ocurre con mayor frecuencia en el embarazo. Hay una disminución de riego sanguíneo, que produce necrosis aséptica e infarto y este proceso se acompaña de dolor intenso.
6. Degeneración Grasa. Es muy rara y es precedida o acompañada de degeneración hialina.
7. Adenomiosis. Es la endometriosis en el seno del leiomioma.
8. Degeneración Sarcomatosa. La degeneración maligna es muy rara, y sólo se presenta en el 0.1 al 0.5% de todos los casos, pero la verdadera incidencia de cambio maligno no es conocida, ya que no todos los miomas son estudiados microscópicamente.

#### SINTOMATOLOGIA

En muchas mujeres los miomas uterinos no provocan ningún tipo de molestia, estos miomas son palpados en forma casual en una revisión rutinaria o como hallazgo secundario al realizarse una cesárea.



La sintomatología provocada por el mioma depende de su localización, de la dirección, del crecimiento y del tamaño.

El sangrado genital anormal es el síntoma más común, el mecanismo por el cual causa hemorragia en los miomas submucosos pediculados, éste se manifiesta durante la menstruación como consecuencia del sangrado pasivo, la necrosis y la ulceración. El mioma intramural que penetra dentro de la cavidad endometrial, puede causar sangrado en virtud de su acción compresiva sobre las venas formadas por la confluencia de los capilares del endometrio.

Los grandes miomas pueden aumentar en gran proporción el tamaño de la cavidad uterina y dar de esta manera sangrado anormal por existir una superficie sangrante más extensa.

Los miomas subserosos no son responsables de Hemorragia uterina anormal.

Otro síntoma es el dolor, el mioma por si mismo no causa dolor, pero éste puede resultar por la degeneración del mioma, después de una oclusión circulatoria o infección, la torsión del pedículo de un tumor subseroso, o por la contractilidad del útero al tratar de expeler un tumor submucoso de la cavidad uterina.

Los miomas pueden llegar a los huesos de la pelvis y comprimir los nervios y producir un dolor que se irradia a la cadera o extremidades inferiores.

Los miomas causan dolor por compresión, sobre todo molestias urinarias, hidroureter, o molestias digestivas como la constipación.

Los miomas cervicales pueden causar leucorrea sanguinolenta, dispauremia o infertilidad.

En algunos casos se puede presentar esterilidad producida por miomas, ya que los submucososo impiden mecánicamente la nidación y los miomas grandes causan distensión y elongación de la cavidad uterina.

Otro síntoma común con miomas grandes es la anemia concomitante que no mejora con la terapia de hierro.

Como la miomatosis se presenta más frecuentemente en la cuarta década de la vida, ésta se acompaña de enfermedades crónicodegenerativas, como es el caso de la hipertensión arterial esencial, que coexiste en el 23% de los casos y de la diabetes mellitus, que es 8 veces más frecuente que en la población general, y la incidencia de obesidad sobrepasa a la tasa reportada para la población en general (12).

En estudios realizados en Inglaterra demuestran que pacientes que tomaron durante 10 años anticonceptivos orales, la probabilidad de tener miomatosis uterina disminuyó en cerca del 31% (12).

#### DIAGNOSTICO

La manera más importante de hacer diagnóstico es la historia clínica completa, con palpación bimanual, en la cual se detecta la miomatosis cuando ésta es de grandes elementos, o si hay deformaciones en la cavidad uterina a la histerometría.

La histerosalpingografía o histeroscopia puede ayudar a identificar miomas subserosos en pacientes con datos de esterilidad. Pero su utilización en miomatosis es limitada.

El ultrasonido puede ayudar en la definición de masas pélvicas en pacientes obesas, pero este estudio no diferencia en el 100% de los casos con precisión entre los tumores del útero y los tumores de ovario, por lo que tiene que tomarse con reserva.

La laparoscopia no está indicada para la evolución de masas pélvicas. ya que la mayoría de las pacientes requerirá posteriormente laparotomía. En situaciones donde la

laparotomía exploradora tiene alto riesgo, la laparoscopia puede ayudar al médico a posponer la cirugía en forma temporal o indefinida.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de elección depende de la sintomatología, el sitio y la localización de los miomas, y su estado de preservación, edad de la paciente, paridad, deseo de nuevos embarazos, estado general de la paciente y padecimientos concomitantes.

El tratamiento de emergencia dependerá de la severidad de cada caso y en la hemorragia uterina anormal, se debe realizar legrado hemostático, biopsia y corrección de la anemia.

La miomectomía se encuentra indicada en pacientes menores de 35 años, en las cuales la esterilidad está directamente relacionada con la miomatosis, o en aquellas pacientes con deseo de procreación.

Se ha reportado dentro de la literatura mundial un nuevo tratamiento para la miomatosis a base de drogas como es el caso del Buserelin y Gntririona con aparentes buenos

resultados, lo que cambiaría en forma radical el tratamiento de la miomatosis, pero es necesario un mayor número de estudios y ver resultados a larzo plazo (13, 14, 15, 16).

Dentro de la actividad del ginecólogo en un hospital de segundo nivel, ocupa un lugar primordial la histerectomía, la cual se realiza en forma rutinaria, gracias a la disponibilidad de mejores técnicas, recursos operatorios y anestésicos.

Asímismo en países altamente desarrollados como los Estados Unidos, utilizan la histerectomía como profiláctica en contra del cáncer cervicouterino y como método definitivo de fertilidad, lo que produce que esta operación va en aumento con respecto a todas las operaciones mayores.

El motivo del presente estudio es efectuar un análisis de los aspectos clínicos y terapéuticos de la miomatosis uterina en un hospital de segundo nivel y comparar los resultados con los obtenidos con otros trabajos.

#### MATERIAL Y METODOS

Se efectuó un estudio retrospectivo de 100 pacientes con miomatosis uterina, que se operaron en el Hospital General

de Zona 1 de Acapulco, Gro., del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante un lapso comprendido entre el 1o. de enero de 1986 al 30 de junio de 1987.

Los casos fueron tomados del Departamento de Anatomía, Patología y archivo clínico, y se canalizaron aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

#### RESULTADOS

En el cuadro No. 1 observamos que la mayor parte de las pacientes se encontraban entre los 41 y 50 años (51%), siguiendo entre los 31 y 40 años con 33 casos (33%) que entre ambos dan un total de 84% de los casos. La mayoría de las pacientes fueron grandes multiparas, ya que el 41% de los casos presentó de 3 a 5 gestas y un 33% con más de 6 gestas, dando un total entre ambas del 74%, solamente fueron nulíparas 9% (cuadro No. 2). Dentro de la menarca ésta fue más frecuente a los 13 años con 39 casos (36%), siendo seguida con 23% de los casos a los 12 años (cuadro No. 3).

La mayoría de las pacientes presentó trastornos de la menstruación ocupando un 68% de los casos, siendo la más frecuente la hiperpolimenorrea con 35% e hipermenorrea 32%, se encontraron 17 casos con dismenorrea, 5% de los casos fueron menopausia y 3% de los casos un sangrado postmenopausia (cuadro No. 4).

En forma rutinaria se les practicaron sus exámenes preoperatorios completos y Papanicolau. El 76% de las pacientes presentó hemoglobina de menos de 12 gramos, siendo solamente el 24% dentro de límites normales y se presentó anemia severa en 8% de los casos. (cuadro No. 5)

El examen de Papanicolau fue negativo en 93% y sólo se presentó 3% de los casos con clase III (cuadro No. 6).

Al analizar el cuadro No. 7, observamos que se realizó histerectomía total abdominal con 44% de los casos, siguiéndole la histerectomía total abdominal más salpingooforectomía en 28% o histerectomía vaginal en 4% de los casos y miomectomía solamente en 2%.

Se realizó un estudio anatomopatológico en todos los casos, encontrándose en el 40% de los casos un peso mayor de 200 gramos (cuadro No. 8).

El sitio de localización más frecuente fue el intramural con 48% de los casos, le sigue en frecuencia la localización múltiple con 2 o más sitios con 29% de los casos (cuadro No. 9).

El tamaño del mioma más frecuente fue de 3 a 6 cms. con 31% (cuadro No. 10).

La degeneración tumoral más comúnmente encontrada fue la degeneración hialina con 30% de los casos, seguida de la degeneración mucoide con 15% (cuadro No. 11).

Dentro de la morbilidad encontrada, la más frecuente fue el absceso de cúpula con 6%, seguido de sangrado de cúpula y fistula vesicovaginal en 3% de los casos cada una (cuadro No. 12).

#### COMENTARIO

En el presente estudio se encontró que la mayor parte de las pacientes se hallaban dentro de la tercera a quinta década de la vida, la cual es reportada por la mayoría de los autores.

La menarca varió de los 10 a los 15 años, siendo la más frecuente a los 13 años.

Antiguamente se pensaba que la miomatosis sólo se presentaba en las mujeres estériles o poco fecundas, pero en el presente estudio se encontró nuliparidad en sólo 9% de los casos y multigestas en 74%, esto se corrobora con la mayoría f de los estudios reportados (4, 5, 8).



La gran mayoría de las pacientes reportaron trastornos de la menstruación y el 74% presentó algún tipo de trastorno y sólo el 17% eumenorrea y 5 casos menopausia.

El hecho de que la mayoría de las pacientes presentaron anemia, es que a nivel del mar, consideramos que tener 10 gramos de hemoglobina es lo mínimo que debe tener una paciente para una operación programada, pero el 30% de los casos presentó anemia importante.

En el reporte de H. Panicolau sólo se encontraron 3 casos de clase No. III, ya que en el presente estudio se excluyeron los casos de cáncer cérvicouterino.

Dentro del presente estudio se realizó legrado hemostático en el 30% de los casos por hemorragia uterina normal, lo que facilitó para realizar el diagnóstico, ya que con la revisión bajo anestesia, se encontró o se corroboró el diagnóstico de miomatosis, ya que la incidencia en cuanto al tamaño del mioma fue de 3.1 a 6 cm. en 31% de los casos y mayor de 6 cm. en 20%.

Por lo tanto el diagnóstico se realizó clínicamente en el 66% de los casos y por ecografía pélvica en 24% y hallazgo de patología en el 6% de los casos.

La localización más frecuente fue a nivel intramural en 48% de los casos, la cual concuerda con otros estudios, los cuales reportaron un promedio de 30%, le sigue la localización múltiple en 29% de los casos (4, 5, 8, 9).

Se encontró una asociación de miomatosis uterina con adenomiosis solamente en el 13% de los casos, que se sitúa muy por abajo de otros estudios (6, 9), ya que se encontró una asociación de cerca del 37%.

En 94% de los casos se realizó histerectomía total abdominal con o sin ooforectomía y solamente 4 histerectomías vaginales y sólo 2 casos a las que se le realizaron miomectomía por antecedente de esterilidad y deseo de fecundidad.

Dentro de la patología concomitante se encontraron enfermedades propias de la cuarta década de la vida, siendo la más común la hipertensión arterial crónica que se presentó en 15 pacientes, trastornos de la estática pélvica en 8% de los casos y diabetes mellitus en 6% de los casos.

Dentro de la morbilidad se encontró que el absceso de cúpula se presentó en 6% de los casos, siguiendo el sangrado de cúpula y fistula vesicovaginal en 3% de los casos.

## CONCLUSIONES

Durante el tiempo que se realizó este estudio se efectuaron 329 hysterectomías en forma programada, incluyendo los casos de cáncer cérvicouterino.

De todas las hysterectomías que se realizaron con el diagnóstico de miomatosis uterina, sólo se confirmó el diagnóstico con el reporte de anatomía patológica en 59% de los casos, con un índice de error del 41%, el cual es ligeramente mayor que lo reportado en otros estudios realizados (5, 8, 9).

La cirugía ginecológica electiva más frecuente en el Hospital General de Zona 1 de Acapulco, Gro., fue la hysterectomía total abdominal con 33% de todas las operaciones, siendo la segunda operación más frecuente la colpoperinoplastia anterior y posterior con 25%.

Dentro de la morbilidad encontrada, ésta difiere mucho con otros estudios, ya que reportan fiebre de etiología no determinada hasta en 34%, la cual no se presentó en este estudio, probablemente porque se utilizó antibiótico de amplio espectro en forma profiláctica en el 95% de todos los casos (4, 5, 8).

Asimismo la mortalidad fue de 0, la cual es mucho menor a la reportada por Phyllis, el cual encontró una mortalidad del 8% en la hysterectomía sin embarazo (10).

También pensamos que la gran diferencia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico, es por no utilizar estudios de gabinete como la ecosonografía pélvica en forma rutinaria, y en lugares en donde se encuentre disponible, utilizar la resonancia magnética, la cual tiene un índice de error menor que la ecosonografía pélvica (11).

Finalmente, insistimos en que los parámetros más importantes en una paciente con miomatosis uterina, continúa siendo una historia clínica completa, la valoración adecuada de cada uno de los casos, apoyándose en los estudios de gabinete, para obtener un éxito completo en cada una de las pacientes.

#### RESUMEN

Se efectuó un estudio de 100 pacientes con miomatosis uterina y se observó que el 84% de los casos fue entre los 31 y 50 años, y sólo fueron nulíparas en el 9% de los casos. Se encontró hemorragia uterina anormal en el 68% de las pacientes. El diagnóstico fue clínico en 66% de los casos y el tamaño del tumor fue de más de 3 cm. en el 51% de los casos, la localización más frecuente fue la intramural con 48% de los casos, la patología más frecuente fue la hipertensión arterial crónica en 15% de los casos, seguido de cervicitis crónica en el 11% de los casos y se realizó histerectomía total abdominal en el 94% de los casos, solamente se realizó histerectomía vaginal en el 4% de los casos y miomectomía en 2% de los casos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Te Linde, R.W.; Matting R.F. Ginecología Operatoria. El Ateneo 5a. Edición.
2. Nava y Sánchez Roberto. Fibroleiomatosis Uterina en: Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del IMSS, A.C. Ginecología y Obstetricia. 2a. Edición Méndez Oteo, Editor.
3. D.N. Danforth. Tratado de Obstetricia y Genecología Intera-mericana. 4a. Edición, 1987.
4. Vargas López, Hinojosa Garza. Miomatosis Uterina, Aspectos Clínicos y terapéuticos. Ginecol. Obstet. Méx. 1983, Feb.51 (310) 39-42.
5. Delgado Urdapilleta, Gasque López, Marín Rugino. Histerecto-mía Abdominal, Estudio de 300 casos. Ginecol. Obstet. Méx. 1982, Mar 50 No. 299, pp. 57-63.
6. Soucci Larenas Francisco. Adenomiosis, Aspectos Epidemioló-gicos. Ginel. Obstet. Méx. 1982, Vol. 49, No. 291, pp. 47-53.

7. Parra Carracosa J. L.; Sojo A. I.; Díaz de León A. Concentración Hormonal Tisular; Captación Estrogénica en el Miometrio. Ginecol. Obstet. Méx. 1985, Jun; 53 pp. 153-155.
8. Rosales Estrada, Magaña Hernández. Correlación clínica, Ultraecsonográfica e Histopatológica. Ginecol. Obstet. Méx. 1985, Sep. 53, pp. 253-255.
9. Lee Nancy, Dicker Richard. Confirmation of Preoperative Diagnoses for Histerectomy. Am. J. Obstet Ginecol 1984; 150, 283-287.
10. Wingo Phyliss A. Huezo Carlos. The Mortality Risk Associated with Histerectomy. A. J. Obstet. Gynecol 1985; 152, 803-808.
11. Hricak H. Tscholakoff D. Heinrichs L. Uterine Leiomyomas Correlation of MR, Histopathologic Finding and Symptoms. Radiology 1986 Feb. 158 (2); 385-391
12. Ross Ron K.; Malcolm C. Pike; Martin P. Vessey. Risk Factors for Uterine Fibroids: Reduced Risk Associated with Oral Contraceptives Br. J. Obstet Gynecol 1986 August 9; pp. 359-362.
13. Maheux R.; Guilletteaw C.; Lemay A. Luteinizing Hormone Agonist and Uterine Leiomyoma: A Pilot Study. Am. J. Obstet Gynecol. 1985; 152: 1034-1038.

14. Coutinho Elsimar M.; Genevieve Azadian Boulanger. Regression of Uterine Leiomyoma After Treatment with Gestrinone an Antiestrogen, Antiprogestosterone. Am. J. Obstet Gynecol. 1986; 155: 761-767.
15. Coutinho Elsimar M. Conservative Treatment of Uterine Leiomyoma with Antiestrogen Antiprogestosterone R. 2323. Int. J. Gynecol. Obstet 1981; 19: 357-360.
16. Van Leusden H.A. Rapid Reduction of Uterine Myoma After Short Term Treatment with Microencapsulated D=Rrp6=LHRH (letter). Lancet 1986, Nov. 22;2 (8517): 1213.
17. Otubu J.A.; Buttran V.C.; Besch N.F. Unconjugated Steroids in Meiomyomas and Tumor Bearing Myometrium. Am. J. Obstet. Gynecol 143; 130, 1982.

CUADRO NO. 1

EDAD DE LA PACIENTE

---

EDAD	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
21 a 30 años	4
31 a 40 años	33
41 a 50 años	51
51 a 60 años	11
61 ó más	1

---

CUADRO NO. 2

GESTACIONES

---

GESTAS	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
0	9 %
1 a 2	17 %
3 a 5	41 %
6 ó más	33 %

---



CUADRO NO. 3

MENARCA

---

EDAD	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
10 años	2 %
11 años	7 %
12 años	23 %
13 años	39 %
14 años	22 %
15 años	7 %

---

CUADRO NO. 4

PATRON MENSTRUAL

---

TIPO DE MENSTRUACION	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
HIPERPOLIMENORREA	35 %
HIPERMENORREA	32 %
EUMENORREA	17 %
PROIOHIPERPOLIMENORREA	7 %
MENOPAUSIA	5 %
SANGRADO POSTMENOPAUSIA	3 %
PROIOMENORREA	1 %

---

CUADRO NO. 5

BIOMETRIA HEMATICA

---

HEMOGLOBINA	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
Más de 12.0 grs.	24 %
10 a 11.9 grs.	46 %
8.0 a 9.9 grs.	22 %
menos de 7.9 grs.	8 %

---

CUADRO NO. 6

PAPANICOLAU

---

CLASE	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
I	50 %
II	43 %
III	3 %
IV	0
V	0
NO ESPECIFICADO	4 %

CUADRO NO. 7

TRATAMIENTO

---

T I P O	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	44 %
H.T.A. MAS SALPINGOOFORECTOMIA BILATERAL	28 %
H.T.A. MAS SALPINGOOFORECTOMIA UNILATERAL	22 %
HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA	4 %
MIOMECTOMIA	2 %

---

CUADRO NO. 8

PESO DEL UTERO

---

P E S O	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
40 a 80 grs.	1 %
81 a 120 grs.	9 %
121 a 200 grs.	39 %
más de 200 grs.	49 %
no especificado	2 %

---

CUADRO NO.9

LOCALIZACION DEL MIOMA

---

LOCALIZACION	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
INTRAMURAL	48 %
SUBMUCOSA	12 %
SUBSEROSO	10 %
DOS O MAS SITIOS	29 %
NO ESPECIFICADO	1 %

---

CUADRO NO. 10

TAMAÑO DEL MIOMA

---

TAMAÑO	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
0 a 1 cm.	8 %
1.1 a 3 cm.	25 %
3.1 a 6 cm.	31 %
mayor de 6 cm.	20 %
no especificado	16 %

---

CUADRO NO. 11

DEGENERACION TUMORAL

---

T I P O	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
DEGENERACION HIALINA	30 %
DEGENERACION MUCOIDE	15 %
NECROSIS	12 %
CALCIFICACION	8 %
DEGENERACION ROJA	3 %
OSIFICACION	1 %

---

CUADRO NO. 12

COMPLICACIONES QUIRURGICAS

---

T I P O	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
ABSCESO DE MUÑON	6 %
SANGRADO DE MUÑON	3 %
FISTULA VESICOVAGINAL	3 %
HEMATOMA DE PARED	2 %
LESION VESICAL	1 %
ABSCESO DE PARED	1 %
DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA	1 %
TOTAL DE MORBILIDAD	17 %

---

CUADRO NO. 13

DIAGNOSTICO

---

T I P O	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
CLINICO	66 %
ECOSONOGRAFIA PELVICA	24 %
7NATOMIA PATOLOGICA	6 %
TRANSOPERATORIO	4 %

---

CUADRO NO. 14

PATOLOGIA AGREGADA

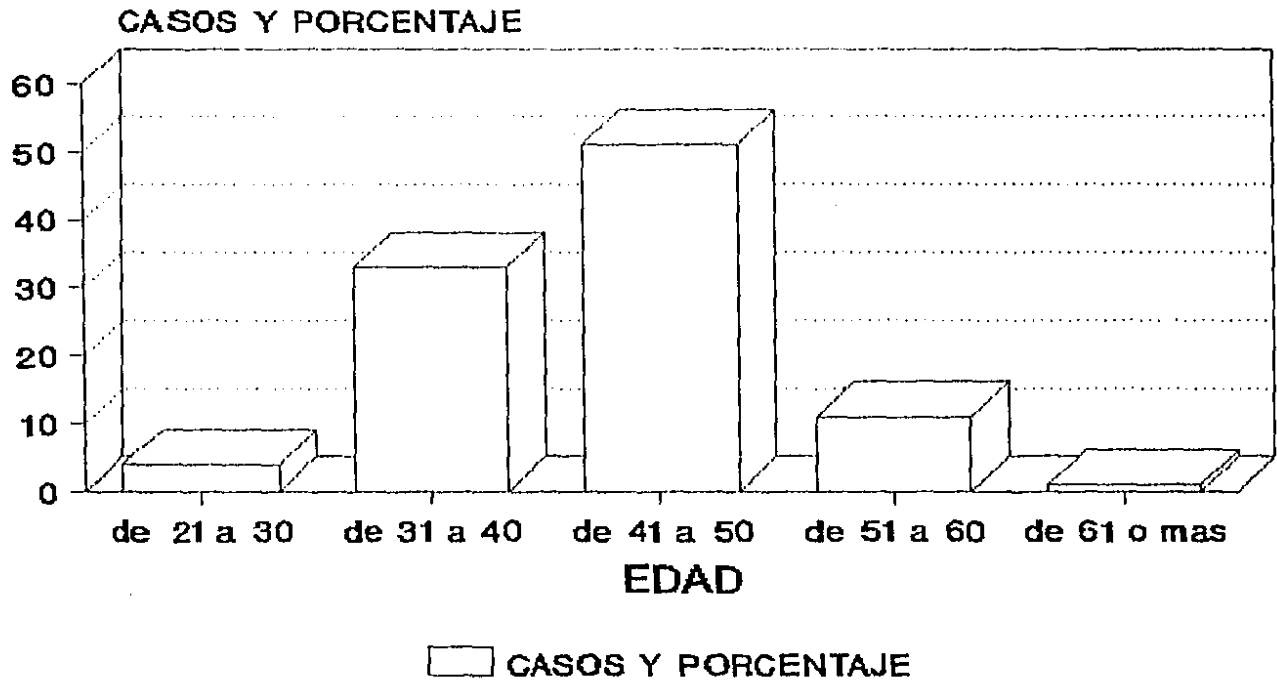
---

T I P O	NO. DE CASOS Y PORCENTAJE
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA	15 %
CERVICITIS CRONICA	11 %
TRASTORNOS DE LA ESTATICA PELVICA	8 %
DIABETES MELLITUS	6 %
ESTERILIDAD	3 %
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	3 %
ANEMIA CRONICA	2 %
HIPOTIROIDISMO	2 %
HIPERPLASIA ADENOMATOSA	1 %
MOLA HIDATIFORME	1 %
ENDOMETRIOSIS PELVICA	1 %

---

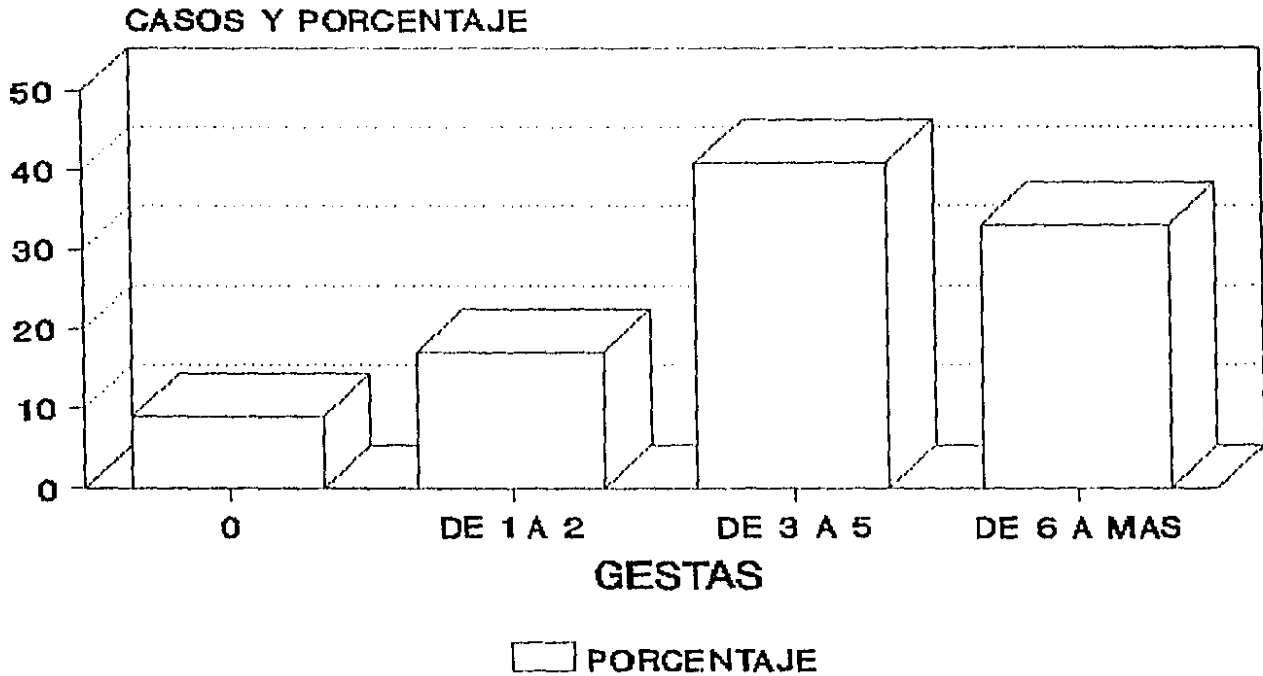
# *EDAD DE LA PACIENTE*

Cuadro no. 1



# ***GESTACIONES***

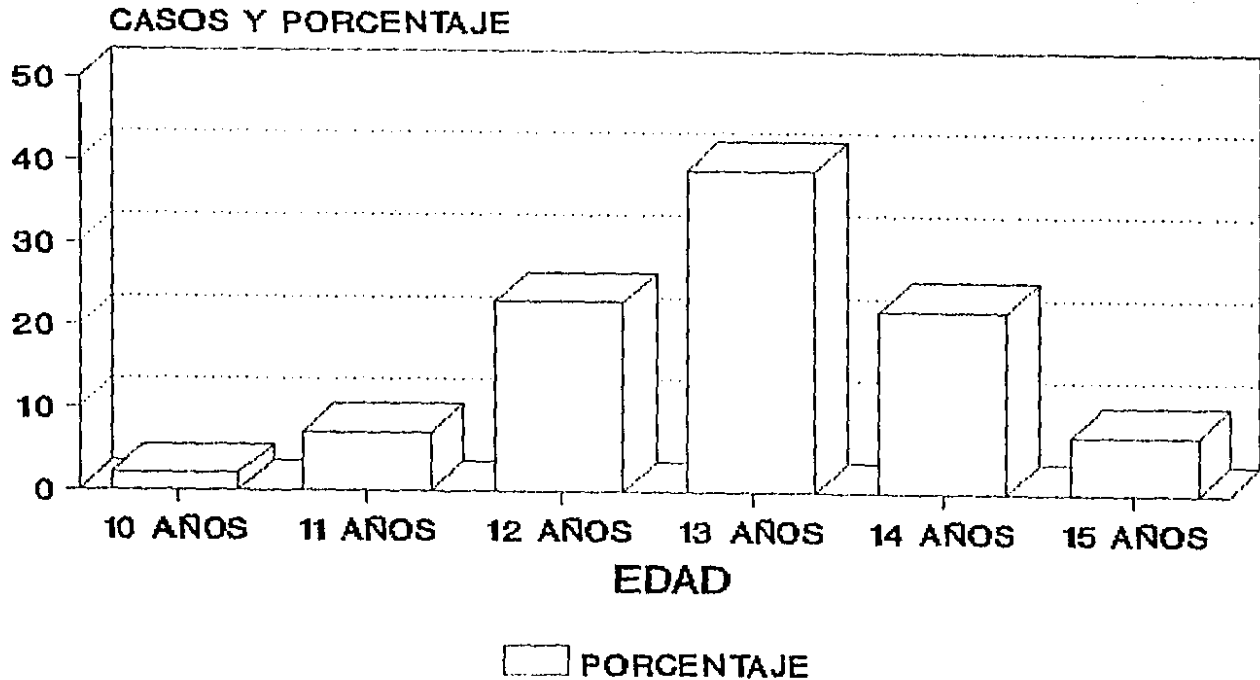
## **Cuadro no. 2**





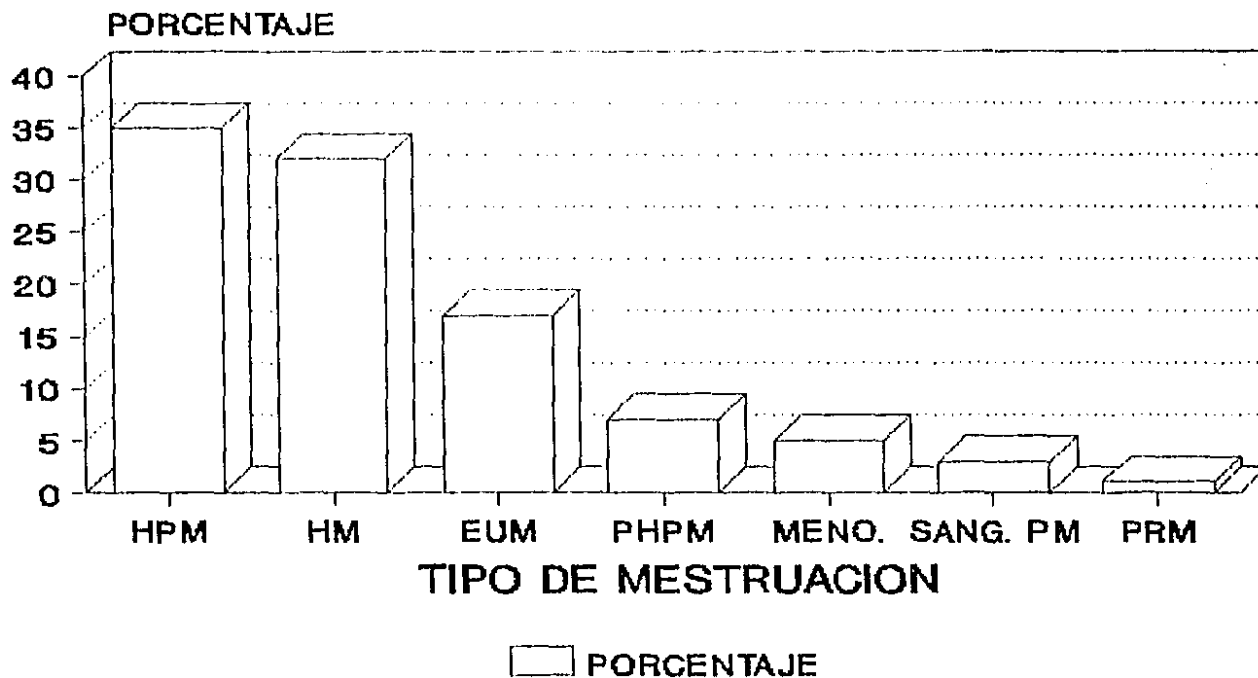
# *MENARCA*

## Cuadro no. 3



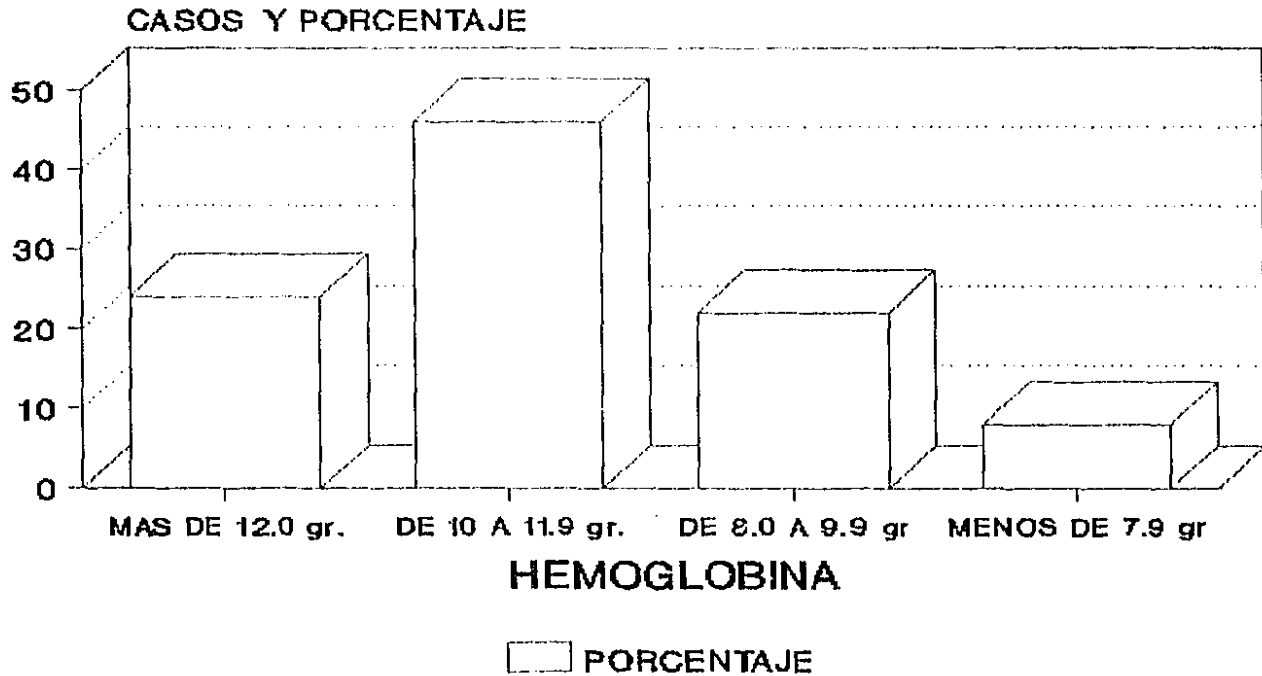
# *PATRON MESTRUAL*

Cuadro no. 4



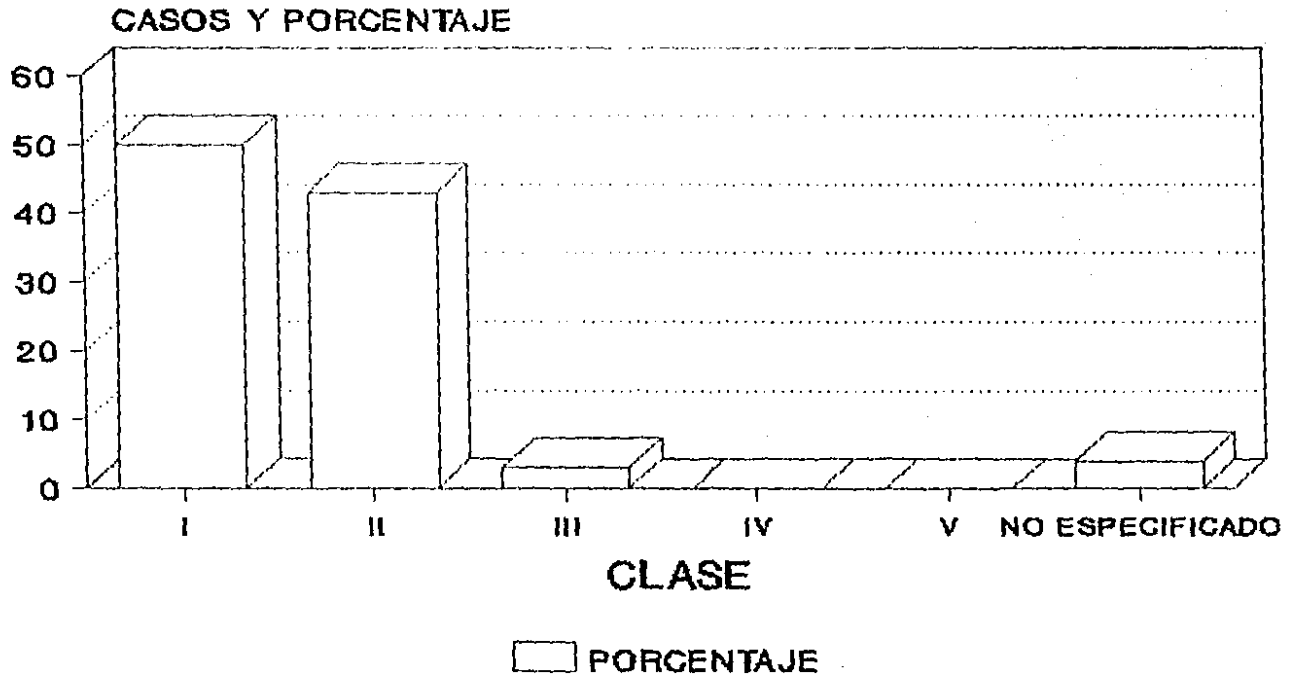
# BIOMETRIA HEMATICA

## Cuadro no. 5



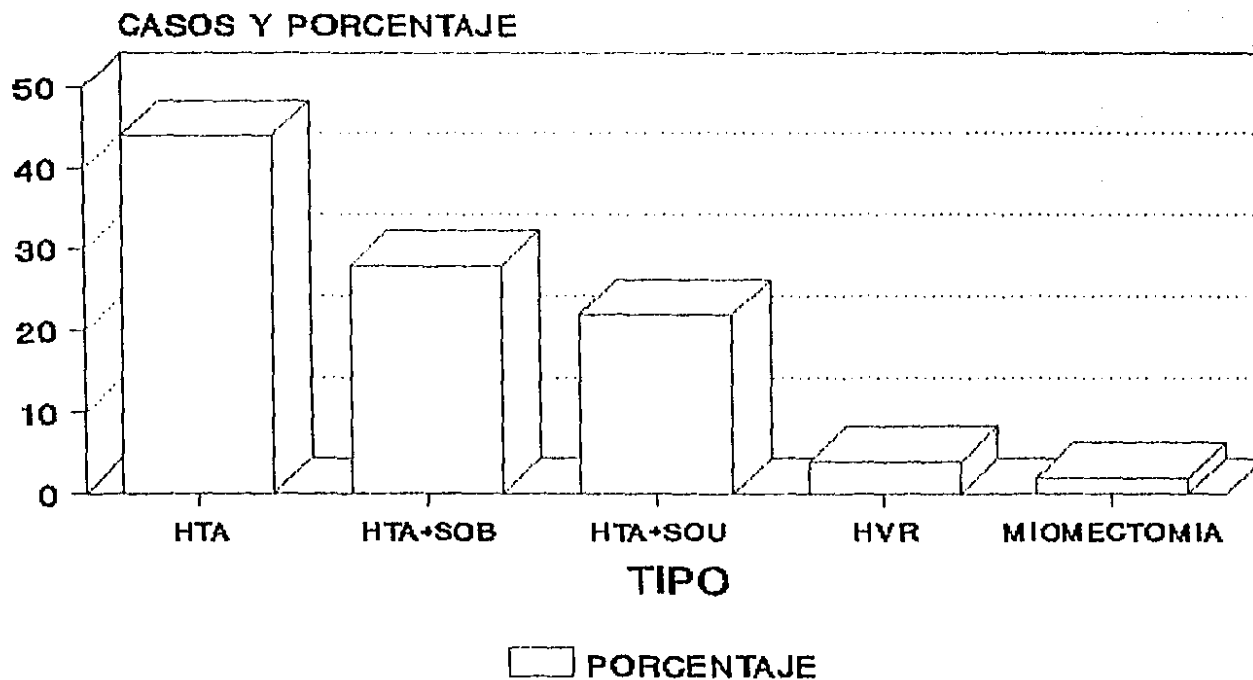
# PAPANICOLAU

## Cuadro no. 6



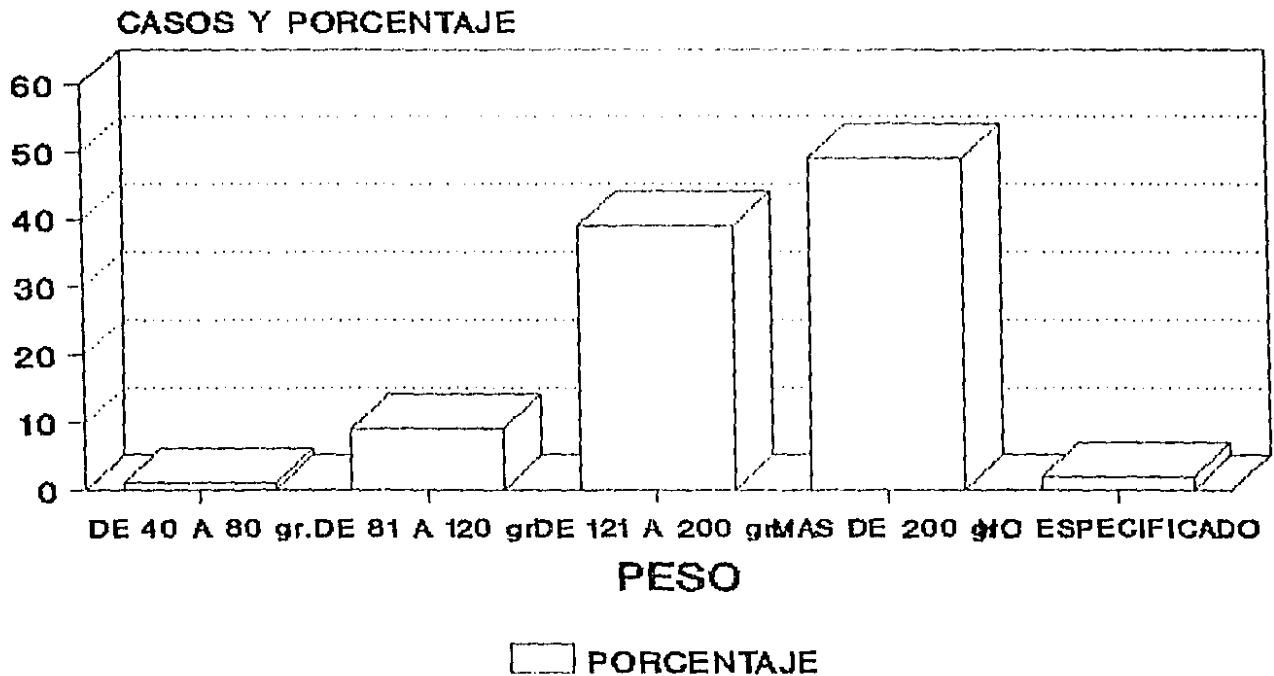
# TRATAMIENTO

## Cuadro no. 7



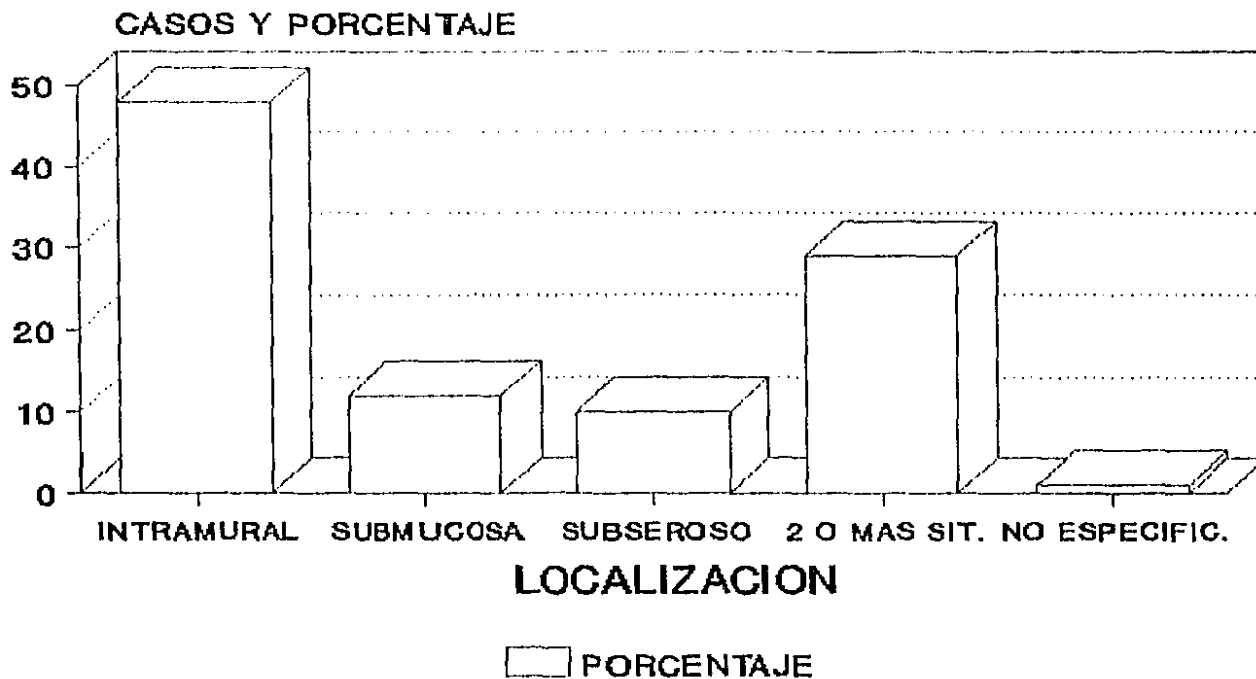
# PESO DEL UTERO

Cuadro no. 8



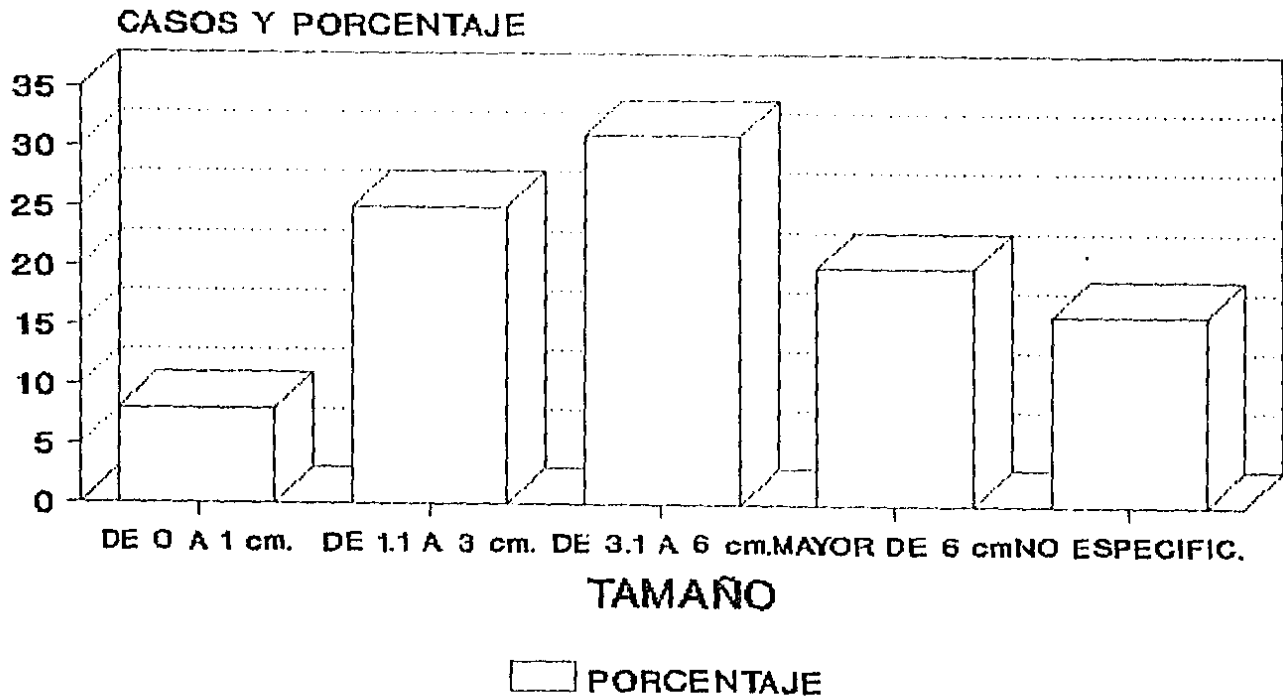
# LOCALIZACION DEL MIOMA

Cuadro no. 9



# TAMAÑO DEL MIOMA

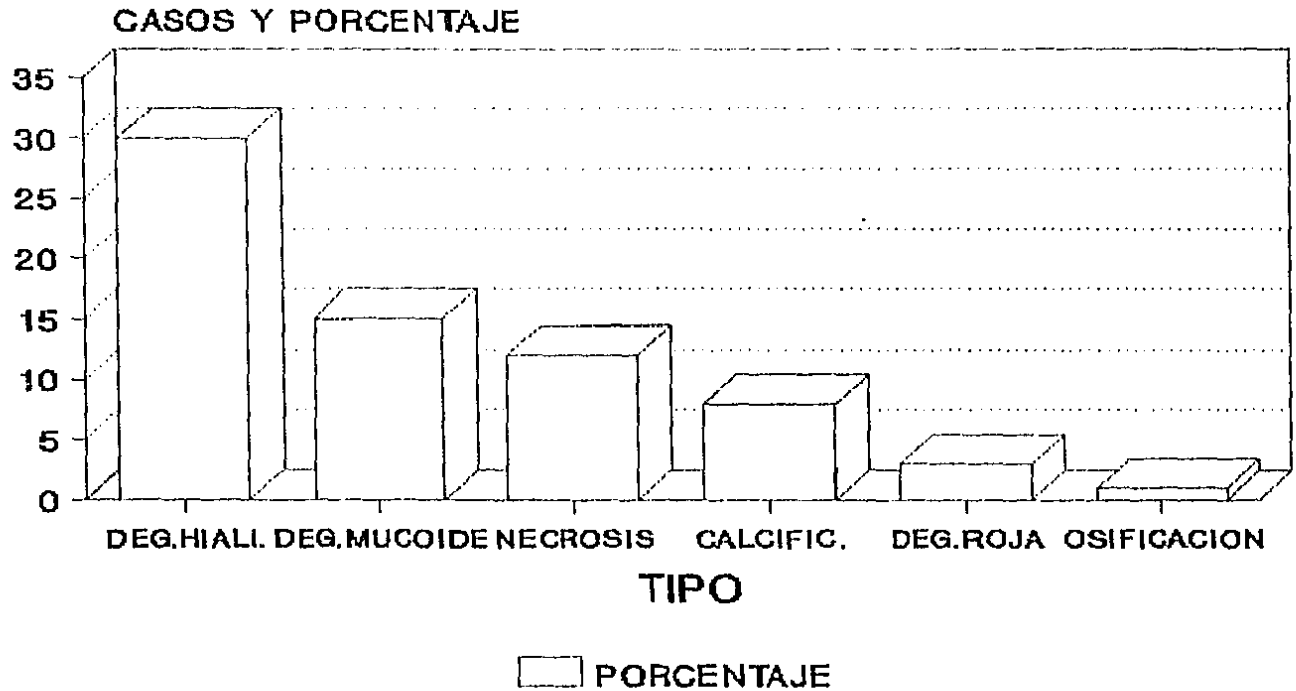
Cuadro no. 10





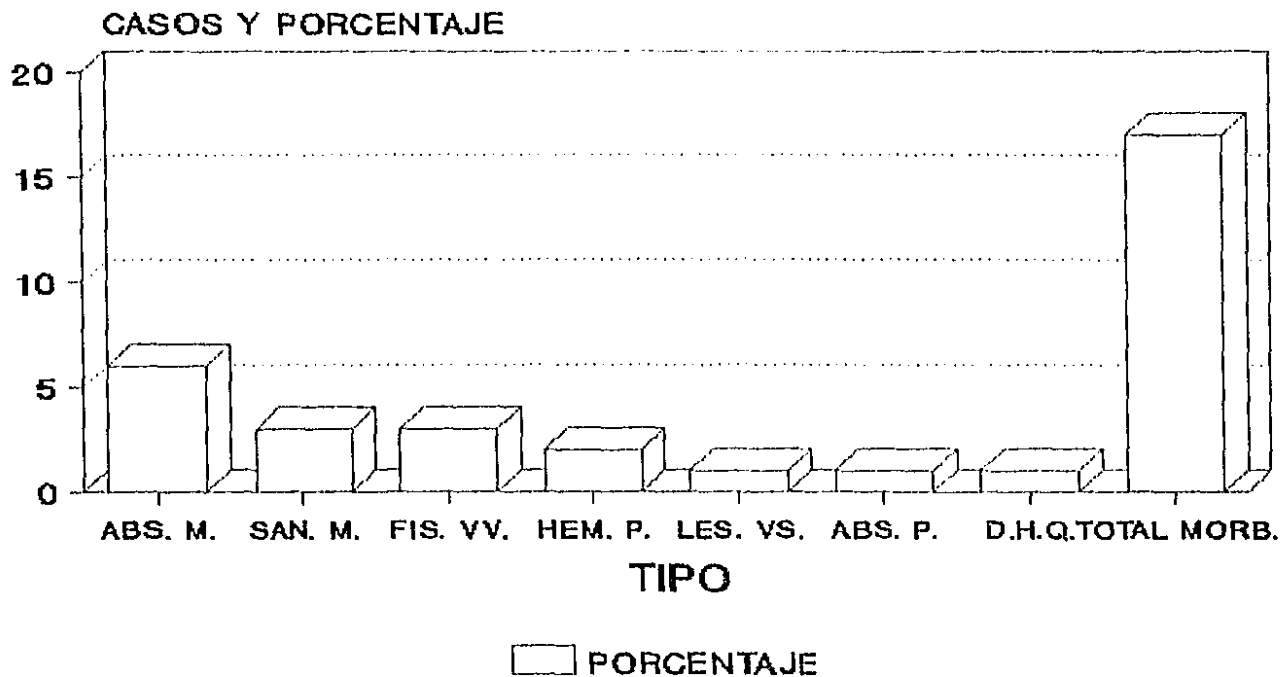
# *DEGENERACION TUMORAL*

Cuadro no. 11



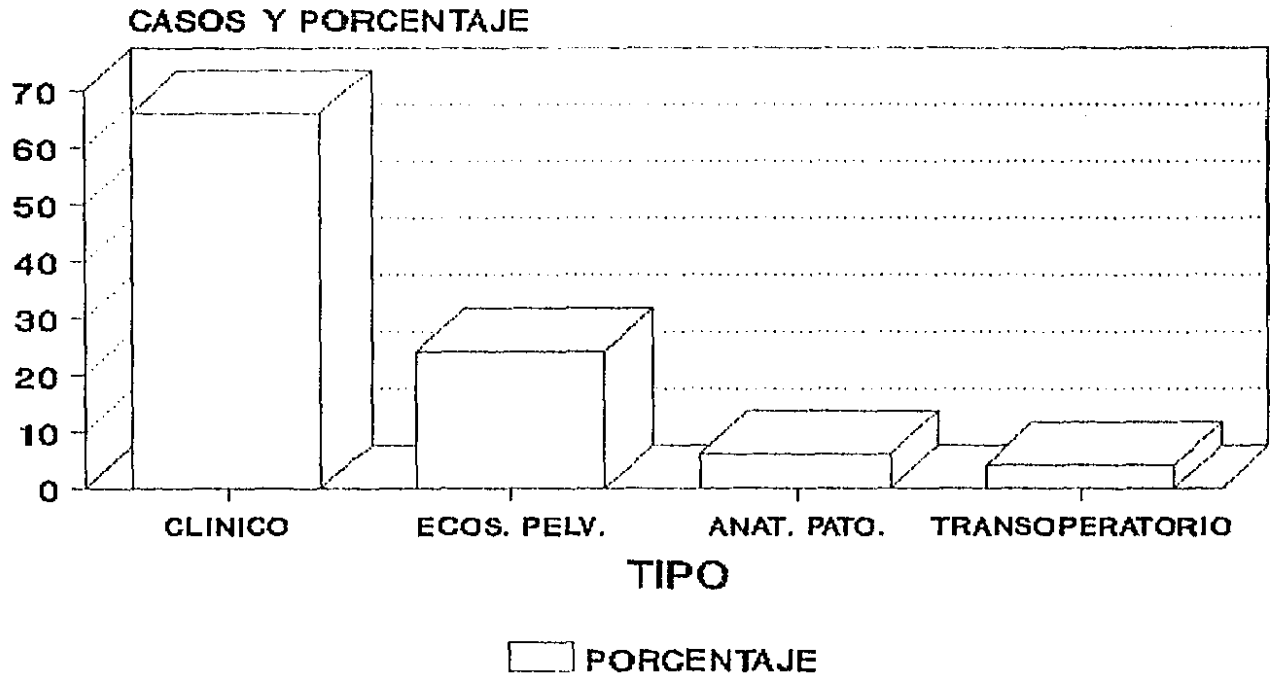
# COMPLICACIONES QUIRURGICA

## Cuadro no. 12



# DIAGNOSTICO

Cuadro no. 13



# *PATOLOGIA AGREGADA*

## Cuadro no. 14

