



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

RESULTADO HISTOPATOLÓGICO DE ESPECÍMENES DE HISTERECTOMÍA DE PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE MIOMATOSIS UTERINA.

TÉSIS:

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. ALFREDO VENANCIO ABAD

ASESOR:

DR. JUAN PABLO ARAGÓN HERNÁNDEZ

MÉDICO ADSCRITO A LA DIVISIÓN DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
GENERAL "DR MANUEL GEA GONZÁLEZ"

CIUDAD DE MÉXICO ABRIL DEL 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

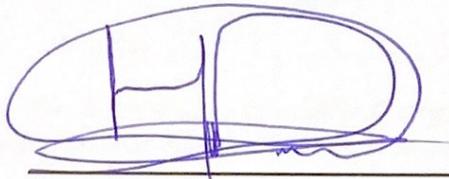
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

AUTORIZACIONES



Dr. Héctor Manuel Prado Calleros
Director de Enseñanza e Investigación.



Dr. José Pablo Maravilla Campillo
Subdirector de Investigación Biomédica



Dr. Jorge Román Audifred Salomón
Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia



Dr. Juan Pablo Aragón Hernández
Asesor de tesis

Este trabajo de tesis con número de registro: 11- 42- 2018 presentado por el Dr. Alfredo Venancio Abad y se presenta en forma con visto bueno por el tutor principal de la tesis Dr. Juan Pablo Aragón Hernández con fecha 9 de abril del año 2021 para su impresión final.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned above a horizontal line.

Dr. José Pablo Maravilla Campillo
Subdirector de Investigación Biomédica

TITULO:

Resultado histopatológico de especímenes de histerectomía de pacientes con diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina.

Este trabajo fue realizado en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en la División de Ginecología y Obstetricia bajo la dirección de Dr. Juan Pablo Aragón Hernández y con el apoyo de Dra. Sara Parraguirre Jefe de la división de Patología Quirúrgica.

COLABORADORES:



Dr. Alfredo Venancio Abad
Investigador Principal



Dr. Juan Pablo Aragón Hernández
Investigador Asociado Principal

AGRADECIMIENTOS

Isabella

Alfredo

Clara

Artemio

ISABEL

A ti por haberme permitido ser padre.....

Porque en nuestras vidas ya todo ha pasado.....

Índice

- 1.- Caratula
- 2.- Autorizaciones
- 3.- Número de registro de protocolo
- 4.- Título
- 5.- Agradecimientos
- 7.- Resumen
- 8.- Introducción
- 10,. Material y métodos
- 10,. Resultados
- 10.- Discusión
- 11.- Conclusiones
- 12.- Referencias
- 13.- Figuras y tablas

RESUMEN

TITULO:

Resultado histopatológico de especímenes de histerectomía de pacientes con diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina.

INVESTIGADORES:

2.1 Investigador principal: Dr. Juan Pablo Aragón Hernández,
Medico Adscrito Departamento de Ginecología y Obstetricia.
e-mail: aragon4901@hotmail.com

2.2 .Investigador asociado principal: Dr. Alfredo Venancio Abad
Ex residente de Ginecología y obstetricia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González.". e-mail: drvph@hotmail.com

JUSTIFICACIÓN.

La operación de histerectomía es la segunda operación más frecuente en la mujer después de la cesárea. La miomatosis uterina es una de las patologías que con mayor frecuencia se asocian a histerectomía y no existen suficientes estudios que comprueben por histopatología que los especímenes extraídos de estas pacientes realmente presenten miomatosis uterina. Se evaluará en nuestro servicio cual es la correlación entre el diagnóstico preoperatorio y el reporte histopatológico de los especímenes de pacientes con miomatosis uterina sometidas a histerectomía, y con ello responder si estamos diagnosticando de manera correcta a las pacientes y justificando el riesgo de someterlas a una intervención quirúrgica.

OBJETIVO.

General:

Conocer el resultado histopatológico de especímenes de histerectomía de pacientes con diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina.

DISEÑO.

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

Población de estudio

Expedientes completos de pacientes que fueron sometidas a histerectomía con diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina del 01 de enero de 2013 al 31 de diciembre del 2014. El tamaño de la muestra es de 212 pacientes.

VALIDACIÓN DE DATOS.

Para las variables generales de interés se empleará estadística descriptiva, para la edad y grupo etarios será la moda, para el análisis de los diagnósticos histopatológicos se representara por gráficas de pastel.

RESULTADOS.

Los resultados histopatologicos fueron los siguientes; el 70,2 % correspondio a liomiomas, (149 pacientes); el 12,7% correspondió a miomatosis más adenomiosis (27 pacientes); el 9.4 % correspondio a adenomiosis (20 pacientes); el 6.6% correspondio a cervicitis (14 pacientes); el 0.9% correspondio a sarcoma uterino (2 pacientes)

Palabras clave.

Miomatosis uterina; adenomioma; histerectomia; espécimen; diagnostico histopatológico.

INTRODUCCION

La histerectomía es el tratamiento más común para la miomatosis uterina debido a que es el único procedimiento que cura y elimina la posibilidad de recurrencia. Otros factores que pueden justificar la histerectomía por miomatosis uterina incluyen asociación con otras patologías, como son alteraciones del piso pélvico o endometrio anormal. Los beneficios para la mujer al realizarse este procedimiento es eliminar los sangrados y evitar la preocupación del crecimiento del mioma. La histerectomía es una opción aceptable para los miomas sintomáticos en pacientes con sangrado significativo, dolor, anemia o mujeres con paridad satisfecha.¹

El leiomioma es un tumor benigno constituido por células musculares lisas y contiene cantidades variables de tejido conectivo-fibroso. Entre los diversos términos para designar a este tumor figuran fibromioma, miofibroma, leiomiofibroma, fibroma, mioma pero se prefiere designarlo más comúnmente como leiomioma, por que destaca con bastante exactitud el origen de este tumor de las células musculares lisas¹. Los miomas son benignos, y son tumores monoclonales de células musculares del miometrio que están compuestos de abundante cantidad de colágeno, proteoglicanos y fibronectina.²

La miomatosis uterina es la causa más común de tumores pélvicos sólidos y ocurre del 20% al 40% de las mujeres en edad reproductiva. Pueden ser clínicamente evidentes solo en el 20 a 25% de los casos, el pico de mayor presentación es en la cuarta y quinta décadas de la vida.¹ Su incidencia acumulada para la edad de 50 años es de más del 80% en mujeres afroamericanas y 70% en mujeres caucásicas³. Los miomas son los tumores pélvicos más comunes en la mujer y constituyen hasta el 67% de las indicaciones de histerectomía entre los 25 y 55 años de edad, es raro encontrarlos antes de la pubertad y son más frecuentes en la etapa reproductiva y después de la menopausia no suelen presentarse y los ya existentes disminuyen de tamaño, aunque no desaparecen⁴.

La génesis de la miomatosis uterina todavía no es clara. Se han involucrado varios factores en el inicio y crecimiento de los miomas que dan como resultado una proliferación incontrolada del musculo liso uterino. Los factores de riesgo para que una mujer pueda desarrollar miomatosis uterina son; la etnicidad, que es un factor para presentar miomatosis uterina, es más frecuente en mujeres de raza negra, con una prevalencia 3 a 9 veces más, que en las mujeres de raza blanca. Los factores hormonales endógenos, también constituyen un factor de riesgo, como es, la menarca temprana, esto se considera si la mujer presenta su primera menstruación antes de los 10 años de edad, y se ha visto que se incrementa en 1.24 el riesgo relativo, la nulíparidad es también un factor de riesgo para desarrollar miomatosis uterina. Los familiares de primer grado de pacientes con miomatosis uterina tiene 2.5 veces más riesgo de presentar miomatosis que aquellas que no tienen historia familiar, otro factor es la obesidad con un índice de masa corporal mayor a 30.¹

También cabe citar que los focos de proliferación del leiomioma están situados en el plano sagital medio del útero y menos frecuentes en los ángulos tubaricos.⁵

Los miomas uterinos se clasifican de acuerdo a su localización anatómica en submucosos, que se encuentran debajo del endometrio y tienden a comprimir la cavidad uterina, estos son los más propensos a producir hemorragias profusas. Los intramurales se sitúan en la musculatura uterina (miometrio) y los subserosos se localizan en la superficie serosa del útero y pueden protruir hacia la cavidad peritoneal, tienden a ser pediculados y semejar neoplasias ováricas. Los miomas pueden desarrollar varios fenómenos de degeneración como son, la hialina o mixoide, quística o presentar calcificaciones.⁴ Los miomas pueden tener una formación sésil o pediculada.⁶

Se estima que solo el 20% al 50% de las mujeres con miomas presentan síntomas y estos incluyen hemorragia uterina anormal, dolor pélvico, capacidad reducida de la vejiga, constipación y disfunción reproductiva⁴.

El sangrado uterino anormal se presenta clínicamente como hipermenorrea y menorragia que es el patrón más común de sangrado. Los miomas submucosos e intracavitarios tienden a producir con mayor frecuencia sangrado y esto se debe al incremento del tamaño del área de la superficie endometrial, al incremento de la vascularidad y al aumento del flujo vascular del útero.¹

El dolor no es un síntoma frecuente, pero, cuando existe, suele describirse como dolor tipo cólico. El inicio agudo del dolor en mujeres asintomáticas previamente diagnosticadas con miomas sugiere la posibilidad de necrosis del mioma o a la torsión de algún mioma subseroso pediculado.⁶

Los síntomas de tumoración pélvica aparecen cuando el útero miomatoso incrementa su tamaño, debido que al crecer el útero ejerce presión sobre órganos adyacentes especialmente el tracto urinario y el recto-sigmoides. Las manifestaciones del tracto urinario incluyen: la frecuencia urinaria, obstrucción de salida, la constipación o el tenesmo, estos 2 últimos pueden ser secundarios a un mioma que se localiza en la pared posterior del útero que ejerce presión sobre el recto-sigmoides.¹

El diagnóstico de miomatosis uterina se hace básicamente por clínica mediante la palpación abdominal y tacto bimanual, esto nos orienta hacia el diagnóstico al encontrar un útero aumentado de tamaño y en forma irregular. El diagnóstico de miomatosis uterina se ha simplificado sobremanera con las técnicas de imagen que proporciona el ultrasonido, la tomografía computarizada y la resonancia magnética. El ultrasonido transvaginal tiene una sensibilidad alta que va del 95 al 100% de los casos para detectar miomas en úteros que semejan un tamaño menor a 10 semanas de gestación y esta técnica de imagen es la más ampliamente utilizada debido a su disponibilidad y costo-efectividad.¹ La imagen sonográfica clásica de un útero con mioma es una tumoración heterogénea, de bordes bien definidos, hipoeoico, sin embargo las áreas de calcificación o hemorragia pueden ser hiperecoicas y la degeneración quística puede ser anecoica con marcado reforzamiento en la pared posterior.² No obstante, los miomas se perciben de distintos modos, la mayor parte de ellos aparecen como masas nodulares múltiples bien definidas hipoeoicas y homogéneas y algunos presentan un patrón ecográfico complejo a consecuencia de una necrosis central⁷.

La resonancia magnética nos da una mejor información acerca de la localización del mioma, este estudio nos puede ayudar para hacer el diagnóstico diferencial entre miomas y quistes o tumores de ovario sólidos, esta técnica tiene una alta sensibilidad y especificidad y nos permite diferenciar los adenomiomas de los miomas, pero es mucho más costosa. Otras modalidades de imagen es la tomografía computarizada que puede diferenciar leiomiomas de patologías anexiales, pero es más costosa que la sonografía, toman más tiempo y no nos proporcionan más información que el estudio de ultrasonido.²

La histeroscopia nos permite visualizar directamente la cavidad uterina y puede ser así mismo de utilidad para el diagnóstico de los miomas submucosos que deforman la cavidad, con este método se tiene una certeza diagnóstica cerca del 100%, pero es más costosa y solo diagnóstica lesiones submucosas.¹

Cabe mencionar que el tratamiento para la miomatosis uterina debe ser individualizado para cada una de las pacientes. Existen diversos tipos de tratamientos de los cuales podemos mencionar el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico.³

En el tratamiento médico se han observado resultados satisfactorios con la administración de progestágenos como la noretindrona, la medrogestona y el acetato de medroxiprogesterona,

este último es un progestágeno sintético con acción antiestrogénica, 15 veces más potente que la progesterona con la finalidad de reducir la hemorragia uterina disfuncional pero no ha demostrado eficacia en el tratamiento del mioma.⁸ Si la miomectomía no es factible desde un punto de vista técnico, debe realizarse una histerectomía, la extirpación del útero es el procedimiento de elección siempre que se encuentre indicado un tratamiento quirúrgico de los miomas, existen diversos tipos de histerectomía como son; la histerectomía vaginal, histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, histerectomía total abdominal, histerectomía subtotal abdominal, histerectomía laparoscópica con abordaje abdominal.⁹

La histerectomía es el procedimiento más frecuente en cirugía ginecológica. En Estados Unidos de Norteamérica se realizan en promedio 600 000 histerectomías al año con una mortalidad de 0.38 por cada 1000 procedimientos. Del año 2000 al 2004, el grupo de edad más operado fue de los 40 a los 44 años, con cerca de 3 100 000 procedimientos.¹⁰ Por lo que es necesario conocer cuáles son los diagnósticos histopatológicos de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía por miomatosis uterina.

MATERIAL Y METODOS

Universo de estudio:

En este estudio se incluyeron a 212 pacientes con diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina y que cuentan con expediente clínico completo y que fueron sometidas a histerectomía en la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. "Manuel Gea González" del 01 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2014 y que cuentan con reporte histopatológico del espécimen de la histerectomía. Los criterios de exclusión fueron expedientes con estudio de ultrasonido pélvico o resultado histopatológico no concluyente para miomatosis uterina.

RESULTADOS

Los resultados histopatológicos fueron los siguientes; el 70,2 % correspondió a liomiomas, (149 pacientes); el 12,7% correspondió a miomatosis más adenomiosis (27 pacientes); el 9.4 % correspondió a adenomiosis (20 pacientes); el 6.6% correspondió a cervicitis (14 pacientes); el 0.9% correspondió a sarcoma uterino (2 pacientes) grafico 1. En cuanto a la edad el grupo más frecuentemente afectado en el estudio fue el de 41 años a 45 años de edad (78 pacientes) que corresponde a 36.7% ; seguidos por el grupo de edad de 46 años a 50 años con 65 pacientes que corresponde a 30.6% ; en seguida fue el grupo de edad de 36 a 40 años con 37 pacientes que corresponde a 17.4 %; le sigue el grupo de edad de 51 a 55 años con 14 pacientes que corresponde 6.6%; y finalmente los grupos menos afectados fue de 31 a 35 años con 8 pacientes (3,7%); el grupo de edad de 24 a 30 años con 5 pacientes (2,3%); el grupo de 56 a 65 años fue de 4 pacientes y 1 paciente en el grupo de 19 a 23 años. el rango de edad fue de 19 años, que fue la de menor edad y la de mayor edad fue de 65 años.

DISCUSION.

El objetivo de este estudio es analizar los especímenes de histerectomía en el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2014 y en el cual se incluyeron a 212 especímenes de histerectomía con diagnostico preoperatorio de miomatosis uterina, en este estudio se observa una correlación del 83.01% es decir que el diagnostico preoperatorio concuerda en 176 pacientes con el diagnóstico del espécimen quirúrgico; también se observó que en 20 especímenes se

obtuvo un diagnóstico de adenomiosis que si bien es una patología benigna del útero y que se resuelve la sintomatología con histerectomía, no se consignó como diagnóstico preoperatorio; en el 7.54% de las pacientes no presentaron evidencia alguna de miomatosis por lo que en este porcentaje no hubo correlación con el diagnóstico preoperatorio.

En nuestro estudio obtuvimos una correlación entre el diagnóstico preoperatorio y el resultado del reporte histopatológico en el 83.01%.

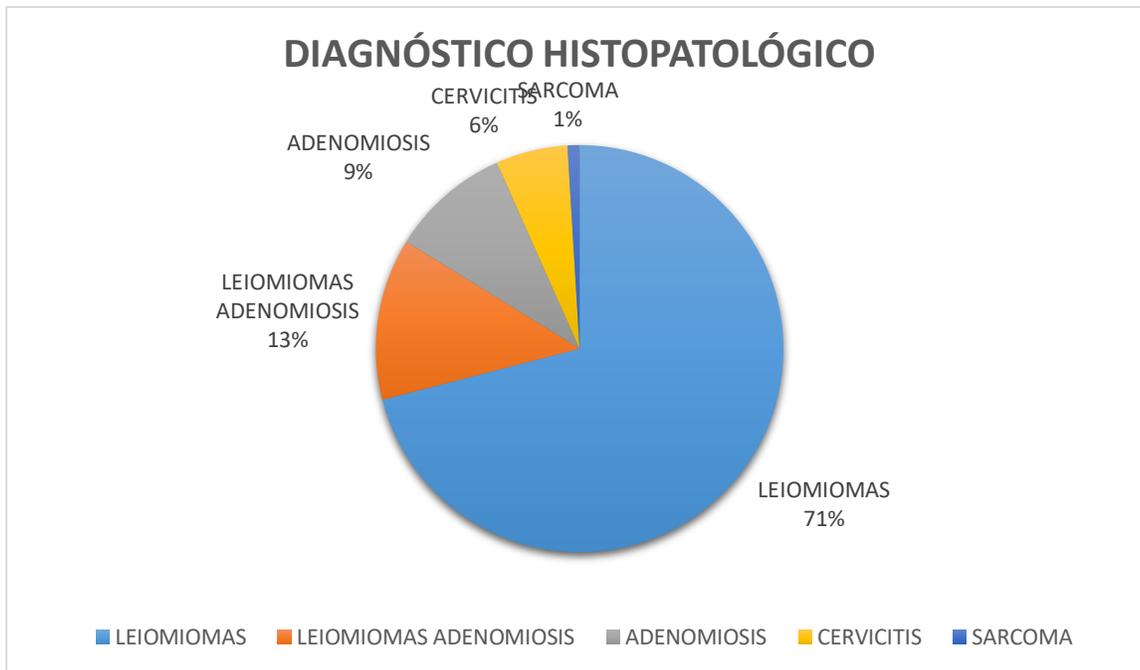
CONCLUSIONES.

En el presente trabajo concluimos que en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal por miomatosis uterina tienen un diagnóstico preoperatorio correcto en el 92.41% de los casos, considerando en este porcentaje que las pacientes con diagnóstico de adenomiosis, también requieren de tratamiento quirúrgico y que el diagnóstico diferencial con miomatosis no es tan fácil de realizar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

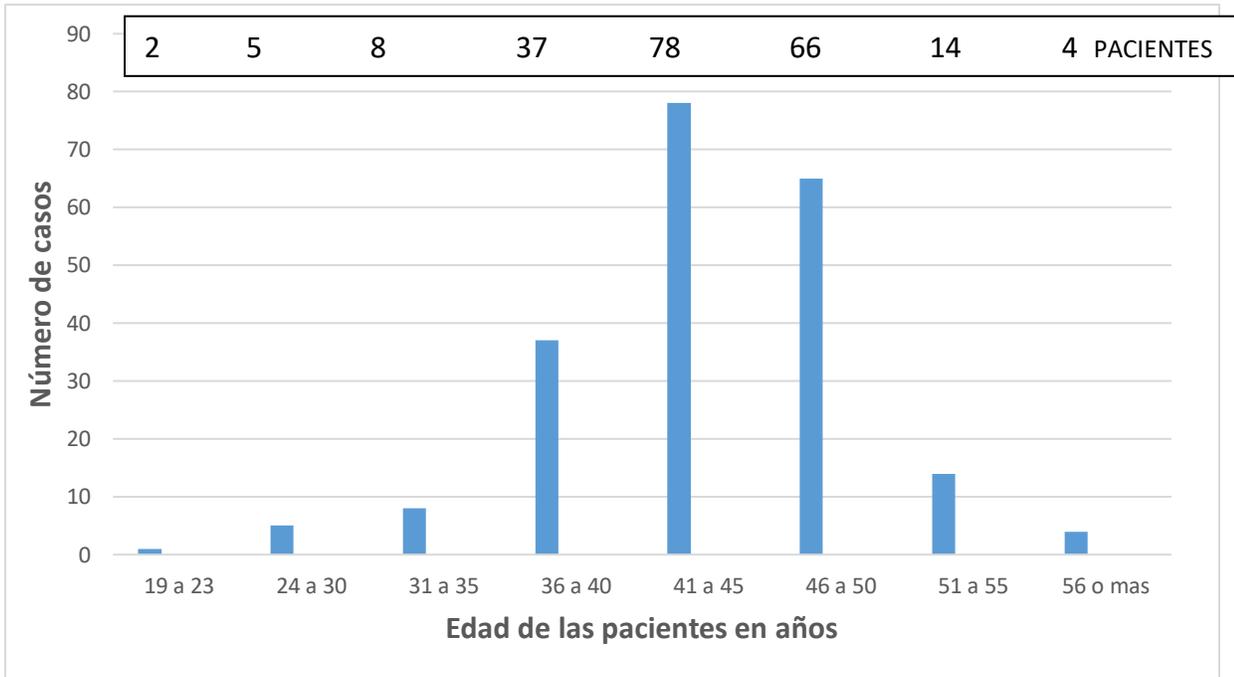
- 1.- Ortiz-Ruiz ME, Matute-Labrador A, Martínez-Consuegra N. Miomatosis uterina. An Med (Mex). 2009;54(4):222-233.
- 2.- Parker WH. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. Fertil Steril. 2007 April;87(4):725-36.
- 3.- Lineamientos de Infertilidad: V. Diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina. Ginecol Obstet Mex. 2011;79(11):711-718.
- 4.- Bañuelos-Álvarez R. Miomatosis uterina, un enfoque endocrinológico. Revista de Endocrinología y Nutrición. Julio-septiembre; 2000;8(3)94-99.
- 5.- González-Merlo J. Ginecología. 6° ed. Editorial Salvat. Elsevier España 2013
- 6.- Jones H.W. Wentz A.C. Burnett L.S. Tratado de Ginecología de Novak. 11ª Ed. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill
- 7.- Ramírez-Fajardo K, Torres-Alfes G, Frutos-Ramírez YK. Diagnóstico ecográfico de mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos. Medisan. 2012;16(9):1350-1357.
- 8.- Olvera-Maldonado AJ, Martínez-Urbe A, Rendón-Macías ME, Sangines-Martínez A. Tratamiento de los miomas uterinos con medroxiprogesterona en pacientes perimenopausicas. Ginecol Obstet Mex. 2015;83:41-47.
- 9.-Thompson J.D. Rock J.A. Ginecología operatoria, Te Linde 7° Ed. Editorial Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires Argentina.
- 10.- Ayala-Yañez R, Briones-Landa C, Anaya-Coeto H, Leroy-López L. Histerectomía total laparoscópica, estudio descriptivo de la experiencia institucional de 198 casos. Ginecol Obstet Mex. 2010;78(11):605-611.
- 11.- Urrea-Rivas M, Contreras-Acosta C, Favela-Heredia C, Murillo-Llanes J. Análisis de la certeza clínica en el diagnóstico de miomatosis uterina. Archivos de Salud de Sinaloa. Abril 2007;1(2):58-61.
- 12.- Márquez-Hernández J, Barrabí-Díaz A, Armas-Pérez BA, Rubinos-de la Rosa J. Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. Medisan. 2014; 18(2)172-180.
- 13.- Argüello-Arauz ME. Correlación clínica e histopatológica de los diagnósticos de pacientes histerectomizadas por miomatosis. Tesis de Grado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Facultad de Ciencias Medica-León 2000.
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=279272&indexSearch=ID>
- 14.- Rosales-Aujang E, Jaime-Camacho MJ. Valoración de la calidad de la atención ofrecida a mujeres a quienes se realizó histerectomía. Ginecol Obstet Mex 2001;79(8):474-481.

Grafico1



Leiomiomas	149	pacientes
Leiomiomas mas adenomiosis	27	pacientes
Adenomiosis	20	pacientes
Cervicitis	14	pacientes
Sarcoma	2	pacientes

Grafico 2



Edad de las pacientes operadas de histerectomia con diagnostico preoperatorio de miomatois uterina por grupos etarios