

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

93
2ej

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
I. S. S. S. T. E.

CORRELACION ENTRE DIAGNOSTICO PREOPERATORIO E HISTOPATOLOGICO EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL PROGRAMADA

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DRA. RAQUEL MEDINA ROMO

A S E S O R :
DR. SALVADOR GAVIÑO AMBRIZ

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



ISSSTE

MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1993



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.

I N D I C E

RESUMEN	5
INTRODUCCION	7
GENERALIDADES	10
JUSTIFICACION	39
OBJETIVOS	40
MATERIAL Y METODOS	41
CRITERIOS DE INCLUSION	44
CRITERIOS DE EXCLUSION	45
CRITERIOS DE ELIMINACION	45
RESULTADOS	47
DISCUSION	52
CONCLUSIONES	55
CUADROS Y FIGURAS	57
BIBLIOGRAFIA	63

RESUMEN

El propósito del presente estudio fué delimitar las indicaciones primarias de la Histerectomía abdominal y a la vez observar la correlación anatomopatológica para precisar el protocolo de manejo de acuerdo a la clínica y a los auxiliares de diagnóstico.

Se analizaron 178 expedientes clínicos, de Junio de 1990 a Marzo de 1992, a los cuales se les llenó una hoja de datos precodificada con las variables de estudio evaluando exploración física, estudios de laboratorio y gabinete, así como reporte histopatológico.

Las cuasas más frecuentes de consulta fueron los trastornos menstruales en 43.2% (Hiper-polimenorrea)

El principal diagnóstico pre y postoperatorio fué la miomatosis uterina (85.9% y 67.4% respectivamente).

La citología vaginal fué normal en el 94.6%. El Ultrasonido corroboró el diagnóstico preoperatorio en el 74.1% y su correlación histopatológica fue del 74.1%, la correlación clínica preoperatoria

con la pieza quirúrgica fue del 71.9%.

Las complicaciones más frecuentes fueron los granulomas de la cúpula vaginal seguidas por el absceso de cúpula y pared abdominal.

Se concluyó que las pacientes sometidas a un protocolo de estudio para establecer un diagnóstico puede ser mas acertado si además del enfoque clínico, tenemos la ayuda de los estudios de laboratorio y de gabinete para obtener así mayor índice de éxito en los resultados.

Teniendo en cuenta que la histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico que implica riesgo para las pacientes, se deben evitar los procedimientos de cirugía mayor innecesarios para disminuir la morbimortalidad de ésta.

I N T R O D U C C I O N

En los últimos años la histerectomía abdominal, es uno de los procedimientos quirúrgicos que se practica con más frecuencia dentro de la cirugía mayor ocupando el primer lugar en la cirugía ginecológica de los padecimientos benignos. (1, 2, 3, 4 5).

Es un procedimiento quirúrgico que ha aumentado su frecuencia gracias a los adelantos técnicos, mejor técnica quirúrgica, mejores procedimientos anestésicos, así como la utilización de antibióticos y cuidados pre y postoperatorios, que disminuyen la morbilidad del procedimiento. En realidad la histerectomía es un procedimiento relativamente inócua en manos de ginecólogos expertos, pero aún así la morbilidad de las pacientes que han sido sometidas a una histerectomía abdominal tienen hasta un 50%, y la mortalidad con este procedimiento es casi nula. (1, 2, 3).

La realización de ésta, tiene sus indicaciones, en los primeros años de su práctica estaba circunscrita a patología tumoral, en nuestros tiempos hay una gama de indicaciones que van desde problemas tumorales hasta método de esterilización definitiva y como profilaxis en el cáncer cervicouterino. (1, 2, 3, 5, 12).

Tiene su auge con los adelantos técnicos anteriormente mencionados, aumentando grandemente su incidencia, pero en las dos últimas décadas se han reconsiderado las indicaciones de la histerectomía abdominal, así como los juicios de la mala práctica médica lo que ha disminuido la incidencia del procedimiento a indicaciones concretas. (1, 2, 3).

En nuestro Hospital las justificaciones del procedimiento se circunscriben a las indicaciones clásicas, (Tumorales y problemas hemorrágicos), debido a que ésta cirugía presenta riesgos considerables inmediatos y mediatos, así como repercusiones en la esfera psicosocial. (1).

Es un procedimiento quirúrgico muy importante en el arsenal terapéutico del ginecólogo para el tratamiento de las diferentes patologías y conservación de la salud en la mujer, pero también es un papel importante del ginecólogo ético el asumir la responsabilidad, asegurándose que la intervención quirúrgica esté adecuadamente indicada y realizarla con la técnica mas apropiada, según el caso para disminuir el riesgo de morbimortalidad, y asegurar el bienestar físico y psicosocial de la paciente. (1, 2, 5,12).

El presente estudio tiene como propósito el delimitar las indicaciones primarias de la histerectomía abdominal, así como precisar el protocolo de manejo de las pacientes según el diagnóstico establecido por la clínica y los auxiliares de diagnóstico, y conocer el número de casos en los cuales coincide el diagnóstico establecido anterior a la cirugía con el estudio anatomopatológico de las piezas quirúrgicas, así como la patología no esperada.

GENERALIDADES

En la actualidad los ginecólogos se han familiarizado tanto en la ciencia y la tecnología de la cirugía ginecológica, y la manejan con tanta regularidad que el realizar una histerectomía se ha vuelto un procedimiento relativamente inócuo en manos de cirujanos expertos, haciendo que la histerectomía se practique con mayor libertad con mínimo riesgo en morbimortalidad para la paciente, sin tener en cuenta en muchas ocasiones que la histerectomía es una cirugía mutiladora y que ésta tiene un gran impacto en la vida de la mujer individual que se somete a esta difícil situación; aunque éste órgano no es vital, se encuentra ligado íntimamente con la feminidad de la mujer y está influida por muchos factores emocionales cuya intensidad varía, de acuerdo a la orientación médica impartida, así como a la personalidad de la paciente. (1, 2).

Con todo ésto es imprescindible el mejor estudio integral de la paciente, la cual va a ser sometida a la histerectomía, para evitar cirugías innecesarias que pueden tener repercusión en el ámbito familiar y personal de la paciente.

ANTECEDENTES HISTORICOS

La primera histerectomía abdominal que se realizó con buen éxito fué en 1853 en Massachussets por el Dr. Walter Burnham, anteriormente se había intentado en 1843 por Charles Clay pero la paciente murió al décimo quinto día de la intervención. Burnham se consideró capaz de realizar la intervención, pero de sus 15 casos posteriores solo tres sobrevivieron al procedimiento.

Sir James Young Simpson, considerado como un cirujano audaz a finales del siglo XIX, rechazaba la posibilidad de extraer el útero miomatoso, ya que consideraba la cirugía como injustificable.

Tait intento resolver el problema realizando ooferectomía bilateral para así disminuir el tamaño del útero; Al final del siglo XIX se recopilaron alrededor de 119 casos de histerectomía con una mortalidad que oscilaba entre el 64% y el 75% de los casos. (1, 2, 3).

La Histerectomía por enfermedades benignas según Pratt, fué realizada por Heat en 1843 en Manchester Inglaterra, en su libro de

textos de Ginecología operatoria publicado en 1901 reseñó la historia del desarrollo de la histerectomía abdominal. En Estados Unidos Burnham realizó la primera histerectomía con éxito.

Simpson fué el primero que practicó la ligadura de vasos ováricos y uterinos antes de emprender la histerectomía. (1, 2, 7, 10).

Con el advenimiento de la anestesia y la asepsia, los casos de mortalidad disminuyeron considerablemente, a finales del siglo XIX se descubrió la anestesia general con la aplicación de éter y cloroformo para los procedimientos quirúrgicos y se atribuye a Long el descubrimiento de ésta. Con el descubrimiento de la anestesia general también tuvo auge la cirugía ginecológica, pero debido a ésta la mortalidad aumentó, pues ya no se tenía la preocupación del dolor de la paciente por lo que los cirujanos de la época permitían la entrada de expectadores y las intervenciones quirúrgicas se hacían con tiempos quirúrgicos mayores; con el advenimiento de la asepsia vino a poner en relieve todos los conceptos que hasta entonces se tenían de la técnica quirúrgica. Se atribuye a Semmelweis la antisepsia y el lavado de manos por parte del cirujano antes de realizar cualquier intervención quirúrgica. Otro acontecimiento que ejerció la influencia fundamental en el progreso

de la cirugía se debe al Baron Lister, quien hizo el primer tratamiento antiséptico de una herida quirúrgica en la Real Enfermería de Glasgow en 1865. Vale la pena mencionar que mientras los principios de Semmelweis fué la asepsia, (Jabón antiséptico), Lister promovió la antisepsia(solución antiséptica), los guantes de goma fueron un adelanto de la cirugía aséptica y se le atribuye a Halsted en 1893.

Con la adopción de la anestesia general y la asepsia, quedó despejado el camino para el rápido adelanto de todos los procedimientos quirúrgicos. (2).

La Histerectomía se ha convertido en la operación más común en los Estados Unidos, en la década de los 70's el 19% de las mujeres de 40 a 44 años habían sido histerectomizadas; ésta incidencia a disminuído al establecerse las indicaciones precisas para el procedimiento. (2, 5, 12).

En nuestro medio la Histerectomía abdominal es la cirugía ginecológica que se practica con mayor frecuencia, la técnica más utilizada en la intrafascial se desconoce el porcentaje de mujeres en nuestro medio a las cuales se practicó la intervención. Las complicaciones derivadas de éste procedimiento son mínimas.

TECNICA QUIRURGICA

La técnica de Histerectomía ha sido modificada con el tiempo, desde la histerectomía subtotal, en la cual se dejaba el cérvix por las dificultades técnicas quirúrgicas, así como los riesgos anestésicos de la época; En 1946 Miller publicó un 69% de histerectomías totales, y un 31% de subtotales, demostrando así que la técnica de Histerectomía total no representaba mayor riesgo quirúrgico, ésta última técnica ha tenido mayor aceptación como método preferido para extirpación del útero.

La técnica quirúrgica de histerectomía abdominal que más se utiliza y que se describe con mayor frecuencia en los textos de ginecología operatoria es la de Richardson, descrita en 1929; considerando la técnica de Richardson como clásica.

En la técnica de Richardson solo se elimina el útero en su totalidad, y los anexos según el criterio del cirujano, utilizandose en padecimientos benignos del tracto genital, ésta técnica puede ser intrafascial o extrafascial siendo ésta última la que mas se ha estado utilizando. En la técnica histerectomía radical de Wertheim se realiza una extirpación sistemática de los

linfáticos pelvianos, y se utiliza principalmente para padecimientos malignos del útero.

La panhisterectomía (histerectomía mas ooforectomía bilateral), ha sido un tema de discusión, aún en la actualidad se realiza según el criterio del cirujano (2).

INDICACIONES

Las Indicaciones para la Histerectomía abdominal del American, College of Obst. and Gynecologist. (1, 2, 8), son:

Condiciones agudas:

A.1 Urgencia Obstétrica.

A.2 Infección severa (Abscesos, etc.).

A.3 Complicaciones quirúrgicas (Perforación uterina).

Enfermedades benignas:**B.1 Miomatosis Uterina:**

a) Sintomática

b) Asintomática (útero mayor de 12 cm.).

B.2 Endometriosis.**B.3 Adenomiosis.****B.4 Infección crónica (Enfermedad inflamatoria pélvica recurrente****B.5 Masas Anexiales (neoplasia ovárica).****B.6 Otros (Criterio especificado).****Enfermedad premaligna o cáncer:****C.1 Enfermedad invasiva de órganos reproductores.****C.2 Enfermedad preinvasiva del útero (Hiperplasia adenomatosa o**

endometrio con atipia).

C.3 Cancer adyacente o con metástasis a distancia.

Patología no específica (no corroborable):

D.1 Enfermedad inflamatoria pélvica.

D.2 Relajación pélvica.

D.3 Incontinencia urinaria de esfuerzo.

D.4 Sangrado uterino recurrente (refractario a tratamiento médico

D.5 Otros (Criterios especificados).

Circunstancias extenuantes:

(Indicación no especificada pero posiblemente justificada).

E.1 Esterilización de la mujer.

E.2 Profilaxis de Ca de Cu.

En nuestro estudio solo incluiremos las patologías benignas

inherentes al útero, anexos, y patología no específica o no corroborable y a continuación se hará un breve resumen de cada una de ellas.

MIOMATOSIS UTERINA.

Uno de los tumores más comunes y más frecuentes en el humano son las tumoraciones úterinas y con mucho el mioma es el más frecuente de éstos.

Los estudios de autopsias han demostrado que aproximadamente el 20% de las mujeres mayores de 30 años son portadoras de miomas uterinos de diferentes tamaños y a menudo la patología suele ser asintomática. (9).

El mioma uterino es un tumor benigno constituido principalmente por células lisas, pero contiene variables cantidades de tejido conectivo fibroso, el tumor se está bien circunscrito, pero no es capsulado. Linder y Cartier indican que el origen de los miomas es unicelular. (2).

Se acepta generalmente que la fuente de los miomas es a partir de células inmaduras de la pared uterina, es de tejido muscular

liso y no de los elementos fibrosos del útero. (3, 8, 9).

El crecimiento de los miomas dependen de la producción de estrógenos, éstos tumores prosperan en la edad de mayor actividad ovárica después de la menopausia; al disminuir la producción ovárica de estrógenos los miomas detienen su crecimiento e incluso disminuyen su tamaño, si el mioma tiende a crecer no hay que descartar su malignización o bien la producción extraovárica de estrógenos.

Soules y McCarthy corroboraron que los miomas contenían mayor número de receptores para estrógenos que los tejidos uterinos normales. Con lo anteriormente mencionado se justifica el crecimiento de los mismos durante el embarazo en mujeres que están expuestas a estrógenos exógenos, y el que en la menopausia, dichos tumores tienden a disminuir su tamaño. (2, 8, 9, 10).

Los miomas pueden localizarse en el cuerpo o cuello uterino siendo más frecuente el primero y de más fácil acceso para su extirpación. Los miomas cervicales así como los localizados en el ligamento ancho hacen difícil el acceso a ellos, así como la extirpación de la pieza quirúrgica por la deformidad anatómica inherente.

Los tipos de mioma están basados en la posición que pueden ocupar éstos en las distintas capas de la pared uterina y se dividen en tres grandes grupos:

Miomas submucosos, se desarrollan inmediatamente por debajo del endometrio constituyendo el 5% de los miomas, no es raro con los miomas de gran tamaño o sean sésiles o pediculados, éstos últimos pueden protuir y dilatar el canal cervical.

Miomas Intersticiales o intramurales, son los que se encuentran situados en la pared muscular, suelen ser de gran tamaño y múltiples y dan lugar a aumento del tamaño del órgano.

Los miomas subserosos o subperitoneales, al igual que los submucosos, pueden ser pediculados, dentro de ésta categoría incluyen los miomas localizados en el ligamento ancho. Existen variantes raras de miomas tales como la liometosis venosa, miomatosis peritoneal diseminada y los miomas benignos metastatizantes. (2, 8, 9, 10).

Los miomas pueden presentar cambios secundarios, los más frecuentes son la degeneración hialina, degeneración quística, calcificación, infección, necrosis, degeneración grasa y cambios sarcomatosos; de éstos el más frecuente es la degeneración hialina y quística.

La miomatosis uterina puede cursar asintóticamente y descubrirse en la exploración de rutina en donde se encuentra una masa palpable en la cavidad pélvica. Los síntomas más comunes son : Hemorragia , la cual puede ser profusa, o bien manifestarse solo como alteraciones menstruales. El segundo síntoma es el dolor, aunque no siempre se presenta generalmente se refiere como una sensación de pesantez o de dismenorrea. A efectos de presión los miomas muy voluminosos presionan la vejiga, produciendo irritabilidad vesical y poliaquiuria, e incluso si el mioma se encuentra enclavado en la pelvis puede producir hasta retención urinaria; otro de los efectos de la presión de la masa pélvica es lo concerniente al recto, el cual se manifiesta por estreñimiento o dolor al defecar. Los síntomas secundarios pueden ser anemia, con su síndrome característico; problemas de fertilidad, aún cuando no se ha corroborado éste hecho ya que se han reportado embarazos en presencia de miomas de gran tamaño y sólo puede ser atribuible a esta causa cuando se descarta cualquier otra causa de infertilidad. Otros síntomas como abdomen agudo, pueden ser debido a degeneración roja, que está dada por necrosis del mioma por circulación insuficiente del mismo. esto es más frecuente durante el embarazo en el segundo y tercer trimestre. (2, 4, 5, 8, 11, 12, 13, 14).

ADENOMIOSIS.

La Adenomiosis uterina se caracteriza histológicamente por la invasión benigna de la musculatura uterina por el endometrio, única capa que normalmente cubre la cavidad uterina; puede adoptar 2 formas: localizada y difusa, el útero puede estar agrandado raras veces más del doble de lo normal, al corte la pared uterina muestra una trama trabecular gruesa con pequeños islotes de endometrio que a menudo son oscuros y hemorrágicos; la teoría más aceptada en general sostiene que el tejido endometrial en el miometrio es de origen mülleriano con propagación directa hacia la profundidad del endometrio de la cavidad uterina, el tejido endometrial ectópico puede ser hormonosensible y en ausencia de estímulo hormonal en la menopausia desaparece. La incidencia de adenomiosis oscila entre el 8% y el 27%. En la mayoría de los casos la Adenomiosis es asintomática y esta entidad constituye un hallazgo patológico incidental, los síntomas más comunes son el sangrado uterino y el dolor debido a que la cavidad uterina se encuentra agrandada. El diagnóstico en muchas ocasiones es difícil, pero se debe de sospechar en una mujer con dismenorrea severa y menorragias de creciente severidad, además del agrandamiento simétrico del útero, la necesidad de tratamiento quirúrgico lo dará la gravedad de la sintomatología. (2,4,5,8,11,12,13,14).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA.

El término de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) es inespecífico e inexacto, pero en general se acepta que se utiliza para describir cualquier proceso inflamatorio que afecte a útero, trompas y ovários. La causa más frecuente de esta patología son las enfermedades de transmisión sexual. La enfermedad inflamatoria pélvica suele ser difusión secundaria ascendente de microorganismos localizados en tracto genital inferior

Su etiología es variada: enfermedades de transmisión sexual, infecciones por material extraño en el útero, infección secundaria a cirugías mayores. (2, 4, 13, 14).

Los grados de enfermedad inflamatoria aguda basados en el exámen clínico son:

- Grado I : Salpingitis, no complicada.

- Grado II : Salpingitis, salpingooforitis, piosalpinx o absceso tuboovárico complicado.

- Grado III: Abscesos pelvianos mayores de 8 cm. con diseminación al abdomen superior.

Todas éstas entidades pueden cursar o no con peritonitis pelviana.

La enfermedad inflamatoria pélvica en algunas ocasiones puede ser asintomática, generalmente los síntomas aparecen 2 semanas consecutivas a la exposición sexual, y justo posterior al cese del flujo menstrual; se inicia por malestar en hipogastrio, en muchas ocasiones la sintomatología urinaria puede acompañar a la EPI y confundir el diagnóstico de la enfermedad, a la exploración física hay hipersensibilidad del hemiabdomen inferior, el útero se encuentra sensible y los anexos se encuentran dolorosos, lo cual debe hacerse diagnóstico diferencial con cualquier etiología de abdomen agudo. El proceso crónico puede producir dolor pélvico crónico siendo necesario el tratamiento quirúrgico del mismo por el dolor pélvico severo persistente y progresivo. (2, 4, 5, 8, 11, 12, 13, 14).

ENDOMETRIOSIS.

La endometriosis es la presencia de tejido ectópico que posee la estructura histológica y la función de la mucosa uterina, también incluye los estados anormales que pueden ocurrir no sólo por invasión de los órganos y otras estructuras por este tejido, sino por su relación con la menstruación.

La localización de la endometriosis es muy variable, puede localizarse en ovárico, ligamentos uterinos, tabique rectovaginal, peritonéo pelviano, nódulos intrabdominales y extraperitoneal; la más frecuente de esta es: la ovárica y los implantes peritoneales.

Histogénesis: hay varias teorías sobre el particular: regurgitación trastubárica de la sangre menstrual hacia peritonéo, la teoría de la metaplasia celómica, propagación linfática y la difusión hematógena según Sampson, el aspecto macroscopico más frecuente es el de un quiste no menor de 1 cm. de diámetro con contenido de aspecto achocolatado, en otras ocasiones solo observaremos induración de los tejidos afectados o presencia de adherencias múltiples.

El criterio diagnóstico es la observación del tejido endometrial preferentemente en glándulas y estroma, pero en muchas ocasiones esto no es posible de detectar por lo que el diagnóstico es presuntivo y no absoluto; La característica clínica de la endometriosis es el dolor, siendo más frecuente e intenso en la enfermedad inicial; dismenorrea, principalmente si ésta es adquirida; dispareunia, que implica compromiso del fondo de saco o del tabique rectovaginal; dolor cíclico, éste ocurre cuando la endometriosis se localiza en cicatrices de la pared abdominal. Otros de los síntomas que pueden estar relacionados con ésta entidad son la hemorragia uterina anormal, infertilidad y esterilidad..

El diagnóstico como ya se mencionó anteriormente es presuntivo y no absoluto, el tratamiento va a depender de la edad de la paciente, la severidad de la sintomatología y la paridad de la misma. (2, 4, 5, 8, 11, 12, 13, 14.)

ENFERMEDADES DE LOS ANEXOS.

Los tumores de ovárico plantean un problema de difícil solución, ya que de éste pueden derivar tumores histológicamente

distintos entre sí. Es difícil establecer una clasificación histológica y comprender la histogénesis de éstas neoplasias, éstos tumores pueden aparecer a cualquier edad, incluso se ha descrito desarrollo de quistes de ovario desde la vida intrauterina; cada variedad histológica del tumor tiene una edad distinta de máxima aparición, en general podremos decir que los tumores benignos tienen una máxima incidencia entre los 20 y 44 años de edad y los tumores malignos entre los 45 y 60 años; la sintomatología es muy difusa e inespecífica de acuerdo a su etiología y comportamiento pero en general se acepta que la indicación específica para realizar la histerectomía por esta causa es en proceso infeccioso o neoplásico, y en mujeres mayores de 45 años que presentan tumoración ovárica aún cuando sea de índole benigna. (2, 4, 12, 13, 14, 15, 16).

HEMORRAGIAS UTERINA ANORMALES:

Las hemorragias uterinas anormales, son sangrados excesivos o prolongados o ambos, se clasifican en acíclicas y cíclicas, y son debidas a un problema orgánico, el cual puede ser de origen benigno o maligno, por lo cual antes de instalar el tratamiento adecuado se debe estudiar la etiología realizando interrogatorio anamnesis,

exploración física exhaustiva, procedimientos tales como el ultrasonido (USG), histeroscopia (HSC), laparoscopia, estudio de la hemostasis y legrado úterino fraccionado biopsia(LUIFB). El tratamiento de la hemorragia uterina anormal resistente a tratamiento hormonal es la histerectomía. (2, 4, 13, 16)

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

Los efectos de presión debido a miomatosis uterina sobre las vísceras de la pelvis también son indicación para practicar una histerectomía, el órgano que mayor sufre tal presión es la vejiga, en pacientes con miomas de gran tamaño tienen protrusión de la base vesical y de la uretra posterior a través del hiato de los músculos elevadores y un diafragma urogenital debilitado, cuando la pared anterior del útero se encuentra muy deformada la presión de la vejiga puede causar frecuencia urinaria y provocar incontinencia urinaria por emparejamiento de presiones por la presencia del mioma. (2).

ESTERILIZACION DE LA MUJER Y PROFILAXIS DE CANCER CERVICO UTERINO.

En Estados Unidos la histerectomía electiva como método de esterilización definitiva se ha estado realizando cada vez con mayor frecuencia así como la indicación de profilaxis de cáncer uterino, en éstas dos entidades es necesario estudiar a la paciente para evaluar los riesgos- beneficios que ésta intervención representa y esta decisión debe ser evaluada por un comité del hospital así como la autorización expresa de la paciente para ésta intervención. Los argumentos para realizar la intervención es de que la única función del útero es la procreación cumplida, la cual es un órgano inútil, también refieren que en pacientes con carga genética de cáncer genital podría ser útil la histerectomía, pero se ha comprobado que en éstas pacientes solo logran un 0.2 de años de expectativa de vida en comparación con la población en general. Por todo ésto hay que considerar que la histerectomía es un procedimiento quirúrgico mayor, el cual presenta riesgo anestésico y morbimortalidad quirúrgica y que es un método de riesgo que para evitar las entidades mencionadas existen otras alternativas con menor morbilidad que la histerectomía. (1).

ENFERMEDADES PREINVASIVAS DEL UTERO.**NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL**

Se define la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) como un espectro de epitelios escamosos anormales, que comprenden desde epitelios con alteraciones en la estructuración y maduración pero que están bien diferenciados, es decir que se corresponden con el concepto clásico de displasia leve, hasta epitelios con ausencia total de diferenciación localizados en la superficie sin invasión; esto es, que correspondan al estadio 0 de carcinoma in situ.

La NIC engloba los conceptos de displasia y carcinoma in situ. La displasia comprende epitelios semejantes al carcinoma in situ, pero en las que las anormalidades del epitelio no afectan todo su espesor. El carcinoma in situ se ha definido como todo epitelio en el que no existen signos de diferenciación en todo su espesor, pero que no existe invasión.

Anatomía Patológica: la NIC se localiza habitualmente en el epitelio metaplásico situado entre el epitelio escamoso maduro y el

cilíndrico. La alteración fundamental de la NIC es la ausencia de diferenciación de sus elementos constituyentes, según la proporción de células indiferenciadas se ha establecido su clasificación:

- NIC Grado I: Displasia Leve.

- NIC Grado II: Displasia Moderada.

- NIC Grado III: Displasia Severa o Carcinoma in Situ.

NIC I. La ausencia de diferenciación afecta aproximadamente al tercio inferior del epitelio.

NIC II. La lesión se extiende entre un tercio y dos tercios de todo el espesor del epitelio.

NIC III o Carcinoma in situ. En el cual se encuentra englobado todo el epitelio.

Las anormalidades en el epitelio son:

Ausencia de estratificación, pérdida de la polaridad, las células escamosas tienen diferente tamaño y forma, alteraciones en

el núcleo y aumento del número de mitosis e incluso mitosis anormales.

El Diagnóstico de la NIC se realiza por citología exfoliativa, biopsia y colposcopia. Para el tratamiento de la NIC puede instalarse vaporización con laser, criocirugía y si no se cuenta con colposcopia el tratamiento debe ser realizado por conización del cérvix. La NIC III es manejado por muchos autores con la histerectomía. (2, 4, 16).

HIPERPLASIA GLANDULAR DEL ENDOMETRIO.

Se define como una proliferación irregular originada por el estímulo estrogénico no compensado por la actividad de la progesterona.

El cuadro morfológico macroscopicamente: el endometrio se encuentra engrosado y se observan áreas polipóides. Histológicamente las glándulas se encuentran aumentadas de tamaño, los tipos de hiperplasia endometrial son de tipo adenomatosa, atípica y carcinoma in situ. (2, 4, 7, 13, 16).

COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMIA.

La Histerectomía abdominal plantea un peligro importante de lesionar el tracto urinario e intestinal y también entraña complicaciones en la pared abdominal por la incisión practicada.
(2).

Complicaciones más frecuentes:

1.- Infecciones postoperatorias.

2.- Hemorragia postoperatoria.

3.- Fascitis necrosante.

4.- Lesiones urológicas.

5.- Lesiones intestinales.

6.- Complicaciones digestivas.

MORBIMORTALIDAD

Aún cuando la histerectomía abdominal es un procedimiento quirúrgico que en la actualidad gracias a los adelantos técnicos y progresos en la técnica quirúrgica los riesgos de ésta han disminuído considerablemente, todavía ocurre una morbilidad de diferente magnitud hasta del 50%. (1,2).

Las complicaciones más frecuentes según la literatura corresponden a las urológicas (Lesión de la vejiga en un 16%. lesión de ureteros de 0.2%), éstas complicaciones son por fallas de la técnica quirúrgica o bien por alteraciones en la anatomía, ya sea por cirugías previas o bien por tumoraciones que alteran la anatomía normal de la pélvis; una tercera complicación de vías urinarias es la infección de éstas, que puede ser desde una uretritis cistitis, o bien pielonefritis y se reporta su incidencia hasta de un 44%, ésta se debe principalmente por la manipulación de las vías urinarias y colocación de sonda vesical. En segundo lugar tenemos los problemas hemorrágicos que se presentan hasta en un 16%, los cuales se relacionan también con la falla de la técnica quirúrgica. En tercer lugar tenemos las de causa infecciosa con una incidencia del 16% al 30%, la infección puede ocurrir en todos los

planos de la pared abdominal y en las infecciones mayores podemos encontrar absceso pélvico por encima del manguito vaginal, o bien una celulitis pelviana, en último lugar tenemos las complicaciones del tracto intestinal por lesiones que comprenden el 1.8% y que con mayor frecuencia ocurren en procesos adherenciales al tracto intestinal; otra complicación frecuente es el íleo paralítico, con una incidencia del 0.06%, que en su mayoría se debe a las alteraciones electrolíticas en el postoperatorio.

Existen también secuelas tardías inherentes al procedimiento como son las alteraciones cardiológicas, vasculares (tromboflebitis), metabólicas, psicológicas, las cuales pueden repercutir en la calidad de vida de la paciente. (1, 2).

La morbilidad asociada a la histerectomía abdominal es de aproximadamente de 0.1% al 0.2%, generalmente ocurre en pacientes con factores de riesgo (enfermedades cardiológicas, metabólicas, etc.), o bien por paro cardíaco y en menor frecuencia por problemas hemorrágicos e infecciosos.(1,2).

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO.

El papel de la ultrasonografía en la patología ginecológica ha sido un gran adelanto, pues además de ser un método no invasivo es indoloro, práctico y rápido, sin riesgos de efectos secundarios, y el cual puede repetirse innumerables veces, como diagnóstico y control terapéutico de la patología ginecológica. (17).

Por la capacidad que tiene el ultrasonido de propagarse a través del tejido humano Douglas Howry y Federic Bliss en 1947, produjeron el primer equipo de eco pulsado que se empleó en la medicina, en Ginecología fueron utilizados desde 1947.

Dependiendo del equipo ultrasónico y de la técnica empleada es posible detectar la existencia de estructuras desde 0.5 cm. hasta grandes masas y conocer su composición. En la ecosonografía se pueden establecer las siguientes posibilidades diagnósticas:

- 1.- Confirmar la normalidad de los órganos pélvicos.
- 2.- Confirmar o descartar la presencia de tumoraciones y su probable origen, sugerir la posibilidad de benignidad o malignidad.

3.- Control diagnóstico y terapéutico de la cirugía.

4.- En casos de exploración bimanual vagino-abdominal no concluyente.

El máximo beneficio se alcanza cuando se integra el cuadro clínico con las imágenes obtenidas de éste, estableciendo claramente las necesidades terapéuticas de cada caso individual.

El USG puede determinar la posición, tamaño, grosor y morfología de masas anexiales, pero no puede determinar con exactitud el tipo de tumor, es posible sospechar malignidad por las imágenes ultrasonográficas, pero el diagnóstico definitivo no puede realizarse.

Bencerraf y Cols, reportan un 73% de su valor predictivo en masas anexiales malignas, y un 91% como valor predictivo en padecimientos benignos; también es útil para detectar miomatosis en útero de tamaño normal, estableciendo el número y localización de los mismos, pero no reemplaza los procedimientos complementarios para el diagnóstico. (11, 17).

Según los reportes de la literatura el ultrasonido presenta una correspondencia con el diagnóstico final e histopatológico con un 65% de efectividad, considerandolo como un método de gabinete valioso en apoyo del diagnóstico en ginecología. (11).

J U S T I F I C A C I O N

La histerectomía abdominal es una de las intervenciones quirúrgicas que con mayor frecuencia se realizan tanto en Estados Unidos, como en México, ocupando el quinto lugar en general, siendo la más frecuente de las ginecológicas. Aún cuando en la actualidad con los adelantos técnicos, así como el mejor diagnóstico de la patología que la indica, existe una morbilidad del 25 al 50% de las pacientes que son sometidas a este procedimiento. En la actualidad una evaluación clínica adecuada apoyada con los auxiliares de diagnóstico nos ayudan a evitar las intervenciones innecesarias, evitando así la morbilidad que representa ésta, así como determinar con mayor precisión las indicaciones de la histerectomía, evitando así la desviación de recursos económicos y humanos.

La justificación del presente estudio es analizar los protocolos de estudios que son realizados en las pacientes que son sometidas a una histerectomía abdominal así como establecer la eficacia de los auxiliares de diagnóstico, realizando una correlación entre los diagnósticos preoperatorios e histopatológico.

O B J E T I V O S

El objetivo de éste estudio es correlacionar el diagnóstico preoperatorio establecido por los métodos clínicos (interrogatorio y exploración física), auxiliares de diagnóstico, con el diagnóstico anatomopatológico de la pieza quirúrgica obtenida.

Objetivos específicos.

- 1.- Determinar las indicaciones mas frecuentes para la histerectomía abdominal programada en el servicio de ginecología del Hospital 20 de Noviembre.
- 2.- Determinar la frecuencia de cada una de las indicaciones de histerectomía abdominal, programas del Hospital.
- 3.- Correlacionar los métodos de estudio clínico y los auxiliares de diagnóstico con el reporte anatomopatológico. (confirmación de casos).
- 4.- Correlación de diagnóstico clínico y ultrasonográfico.

5.- Determinar el porcentaje de confirmación de diagnóstico preoperatorio e histopatológico.

6.- Determinar patología más frecuente de las histerectomías abdominales (hallazgos histopatológicos).

7.- Determinar la morbilidad de la histerectomía abdominal en el Hospital 20 de Noviembre.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo y abierto de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal programada en el servicio de Ginecología del H.R. 20 de Noviembre del ISSSTE, durante el periodo comprendido del 1ero. de junio de 1990 al 31 de marzo de 1992.

Fueron incluidas en el estudio todas aquellas mujeres a las cuales se les llenó una hoja de captación de datos elaborada previamente incluyendo las siguientes variables: edad, antecedentes gineco-obstétricos (gesta, para, abortos y cesárea), trastornos

menstruales (descritos en hoja de recolección de datos), motivo de la consulta, así como sintomatología más frecuente incluyendose sangrado post-coito dolor pélvico, leucorrea y presencia de hemorragia trasvaginal. se documentó exploración física inicial y subsecuente evaluandose tambien el interrogatorio de acuerdo al motivo de la consulta y diagnóstico inicial, calificandose ambos como adecuado o inadecuado de acuerdo a la semiología establecida. también se incluyeron exámenes de laboratorio (Hb, Papanicolau,) auxiliares de diagnóstico (LUIFB,USG,), se enlistó los diagnósticos preoperatorios y posoperatorios, y se recabaron los reportes de anatomía patológica registrandose en su hoja correspondiente (Anexo No 1).

Fueron incluidas en el estudio todas aquellas pacientes a las cuales se les realizó histerectomía abdominal programada por el servicio de ginecología del Hospital Regional "20 de Noviembre. Fueron excluidas del estudio todas aquellas pacientes a las cuales la histerctomía se les practicó fuera del servicio o que tenían como diagnóstico patología maligna. además todas aquellas que no reunieron los criterios de inclusión posteriormente descritos.

Los principales datos analizados fueron: la edad, número de gestaciones, paridad de las mismas, como se mencionó anteriormente

se evaluó el interrogatorio y la exploración física como adecuado o inadecuado de acuerdo a semiología y hallazgos clínicos respectivamente, se determinaron la frecuencia con que se utilizan otros métodos de estudio como el Papanucolau así como LUIFB.

De los estudios de gabinete, el USG fué el más evaluado, registrandose la frecuencia de su utilización y se correlaciono su resultado con los reportes de anatomía patológica. Del enlistado de diagnósticos preoperatorios se determino la patología más frecuente, posteriormente se detrmino los diagnósticos posoperatorios y de reporte histopatológico correlacionandolos con los preoperatorios y evaluando los auxiliares de diagnóstico respectivamente.

CRITERIOS DE INCLUSION

1.- Pacientes que fueron programadas para histerectomía abdominal por el servicio de Ginecología del H.R. 20 de Noviembre, en el lapso comprendido del 1ero. de junio de 1991 a marzo de 1992.

2.- Pacientes con expediente clínico con historia clínica completa inicial.

3.- Pacientes que en el expediente clínico se encontró el reporte de histología de la pieza quirúrgica o se localizó en el servicio de anatomía patológica.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Pacientes a las cuales se realizaron histerectomías abdominales por otros servicios.
- 2.- Histerectomías obstétricas realizadas de urgencia.
- 3.- Histerectomías ginecológicas de urgencia.
- 4.- Histerectomías con patología maligna.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes en las cuales no fué posible recabar el resultado de anatomopatología, ni el en expediente ni en el servicio de Patología.
- Pacientes en las cuales no fué posible recabar el expediente clínico.

METODO ESTADISTICO.

El método estadístico utilizado en el presente estudio fue basado en medidas de tendencia central, utilizandose la Media y la Mediana para evaluar los resultados, así como porcentajes de los mismos.

R E S U L T A D O S

Fueron solicitados 242 expedientes al servicio de Bioestadística del Hospital, se proporcionaron un total de 193 expedientes eliminandose 15 por no reunir los requisitos de los criterios de inclusión. Se revizaron un total de 178 expedientes que cumplieron con todos los requisitos de los criterios de inclusión precisados para este estudio.

La edad promedio de las pacientes fue de 43 años, siendo la mínima de 27 y la máxima de 67 años. El promedio de embarazos de este grupo de pacientes fue de 7.5 con una paridad de 5.5, la edad promedio por padecimiento se encuentra en el cuadro I .

Se encontró que los motivos de consulta de estas pacientes, fueron trastornos menstruales con 77 pacientes (43.2%), por hemorragia uterina anormal con 42 pacientes (23.6%), dolor abdominal con 24 pacientes (13.5%), tumoración pélvica con 11 pacientes (6.2%), miomatosis uterina 10 pacientes (5.6%), los menos frecuentes fueron esterilidad primaria, displasia y sangrado postmenopaúsico. Cuadro II.

Las alteraciones menstruales mas frecuentes fueron polimenorrea en 104 pacientes (58.4%) o hipermenorrea en 91 pacientes (51.1%), seguidas de oligomenorrea y hemorragia intermenstrual. en el 60% de las pacientes se encontró que presentaban combinacion de hiperpolimenorrea. Cuadro III.

El interrogatorio inicial fué considerado como adecuado en 144 pacientes (78%) y en 127 (72%) la exploración física también se calificó como adecuada, de estas pacientes en el 92% se realizó exploración subsecuente para corroborar el diagnóstico.

Se encontró que en la exploración física inicial y subsecuente el tamaño úterino promedio fue de 16cm., siendo el menor de 6 y el mayor de 25. La hemoglobina tenía una media de 13.5mg y hematocrito de 42%.

La citología vaginal fue realizada en 132 pacientes (74.1%), 125 (94.6%) tuvieron resultado Negativo II de la clasificación de Papanicolaou y solo 7 (5.4%) presentaron anormalidades de tipo de displasias(4 pacientes grado I, 2 pacientes gradoII y solo 1 paciente con gradoIII), en ningún caso se encontró infección por Virus del papiloma humano (HPV). Cuadro IV.

Se realizaron 57 biopsias endometriales (32%) reportándose

como normales en 30 pacientes (52.6%), con hiperplasia adenomatosa simple en 21 pacientes (36.8%) y en 6 pacientes se reportó hiperplasia adenomatosa con atíпия (10.5%). Cuadro V.

Solo a 153 pacientes (85.9%) se les realizó USG diagnosticando preoperatoriamente miomatosis uterina y en 77 casos se corroboró el diagnóstico (50.3%), de 81 pacientes en las cuales se determinó el diagnóstico de miomatosis uterina por USG, se corroboró el diagnóstico por anatomopatología en 60 pacientes (74.1%) cuadro VI y VII.

El diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina fue en 153 casos (85.9%), hiperplasia adenomatosa 14 (7.8%) y en el 2.2% otros (adenomiosis 1 paciente, enfermedad inflamatoria pélvica 1 paciente, congestión pélvica 1 paciente y esterilidad primaria en 2 pacientes) Cuadro VIII.

En miomatosis uterina la sintomatología más frecuente relacionada con el diagnóstico preoperatorio fue: 59 presentaron dolor pélvico (38.6%), con leucorrea 20 (13.1%), hemorragia transvaginal 48 (31.3%) y asintomáticas 26 pacientes (17%).

En las pacientes con diagnóstico preoperatorio de hiperplasia adenomatosa 5(35.5%) presentaron dolor pélvico, leucorrea en 2

(14%) y hemorragia en 4 (28.5%) y en 3 de ellas (21.4%) asintomáticas, El 100% de las pacientes con el diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica y adenomiosis presentaron dolor pélvico y leucorrea como síntomas cardinales. Cuadro IX.

Se recabaron los resultados de las piezas quirúrgicas en los reportes de histopatología del expediente clínico, las que no se encontraron se buscaron en el servicio de anatomía patológica, la alteración más frecuente fué cervicitis crónica en un 75.5%, como normal en un 10.6%, displasias en un 5.8% reportandose un caso de polipo endometrial. Cuadro X.

El análisis anatomopatológico del miometro reveló miomatosis en 67.4%, adenomiosis en 9.6%, adenomiosis y miomatosis en 7.9% y en el 14% el reporte fué normal. Cuadro XI.

Los resultados del estudio anatomopatológico del endometrio mostraron la mayoría de los casos normales (78.7%), siendo mínimos los cambios anormales. Cuadro XII.

A 162 pacientes (91%) se les realizó salpingectomía uni o bilateral, reportándose el estudio anatomopatológico como normal en 135 (83.3%), la patología más frecuentemente encontrada a este

nivel fue la salpingitis en 15 (9.3)%, seguida de hidrosalpinx en 12 (7.4%). Cuadro XIII.

Solamente a 16 pacientes se les conservaron salpinges y ovarios (9%), el reporte anatomopatológico de ovario fue; ovarios normales en 136 (83.9%) y se encontró una incidencia de endometriosis de 2.8%. Cuadro XIV.

Finalmente después de analizar los resultados aisladamente se correlacionó el diagnóstico preoperatorio (comprobable), con diagnóstico histopatológico (comprobado) y se encontraron los siguientes resultados: de 153 pacientes con el diagnóstico de miomatosis uterina (85.9%) por USG en 110 pacientes se corroboró el diagnóstico representando un 71.9% de casos corroborados, en el caso de hiperplasia adenomatosa como diagnóstico preoperatorio de 14 solo en 2 se corroboró el diagnóstico por resultado de anatomopatología 14.2%. Cuadro XV.

Las complicaciones se detectaron en 11 pacientes (6.1%) las más frecuentes fueron los granulomas en 3 casos (1.7%), seguidas de absceso de cúpula vaginal y sangrado postoperatorio 2 casos de cada una, el resto se mencionan en el cuadro XVI.

D I S C U S I O N

De los resultados obtenidos en nuestro estudio, se encontró que la edad promedio de nuestras pacientes fue de 43 años, situándose en la quinta década de la vida a diferencia de los estudios previos reportados, que se sitúan en la cuarta década de la vida. (1,3).

La paridad promedio de nuestras pacientes fue de 5.5, con una gravidez promedio de 7.7, siendo mucho mayor que los promedios que se reportan anteriormente, esto puede ser debido a que en nuestra población el número de embarazos es mayor por menos utilización de métodos anticonceptivos. (1,2)

La causa mas frecuente como motivo de consulta en nuestro estudio fué trastornos menstruales, (43.2%), y en segundo lugar hemorragia uterina anormal (23.5%), coincidiendo con la literatura reportada como principales signos de los padecimientos ginecológicos. (5, 7, 8,15).

Se encontró que el diagnóstico preoperatorio fue miomatosis uterina en un 85.9%, un poco más bajo que el reportado en las series de histerectomías realizadas en EU. (89%). (12).

La hiperplasia endometrial ocupó el segundo lugar de motivo de histerectomía en nuestro estudio (7.8%), a diferencia de lo reportado en la literatura internacional en la cual los trastornos de sangrado anormal como diagnóstico de histerectomía, ocupa el segundo lugar en frecuencia. (1).

Los resultados de ultrasonido para confirmación del diagnóstico preoperatorio, se correlacionaron en un 50% en los casos de diagnóstico preoperatorio por clínica, mucho menor que lo reportado en un estudio practicado en el hospital Universitario de Nuevo México, en el cual se reporta alrededor de un 73 a 91%; sin embargo las 81 pacientes a las cuales se les realizó USG y que este reportó diagnóstico de miomatosis uterina en el 74.1% se confirmó el diagnóstico por estudio de histopatología un 13% mayor que en los reportados en estudios previos. Esto puede ser debido probablemente a la exploración de un útero el cual no ha aumentado significativamente de tamaño, pueda ser determinado por clínica la presencia de miomatosis; sin embargo con el estudio USG el cual es capaz de detectar tumoraciones mayores de 5 cm. es un método mas confiable para el diagnóstico de esta patología que la evaluación clínica. (11).

Un concepto interesante que se encontró en la literatura

para disminuir la incidencia de histerectomía, es el de que no todas las pacientes con diagnóstico de miomatosis ya sea por clínica o por Ultrasonido no deben de ser sometidas a histerectomía abdominal si esta se encuentra asintomática, independientemente del tamaño uterino ya que en este tipo de pacientes no aumenta aún cuando el útero se encuentra mayor de 13 cm. y se realiza injustificadamente por el temor de que el mioma pueda aumentar de tamaño. (6).

Los reportes anatomopatológicos de las piezas quirúrgicas mostraron que la cervicitis crónica y la miomatosis, son los hallazgos más frecuentes coincidiendo con la literatura. (8)

La adenomiosis como entidad única se encontró en 9.6% a diferencia de los reportado en otros estudios en los cuales se reporta en un 56.5%, siendo mucho menor en nuestro estudio. (18).

La adenomiosis concomitante con otro padecimiento de miomatosis uterina, se encontró en nuestro estudio en un 7.9%, presentando una incidencia del 17% la cual coincide con reportes previos. (2,18)

C O N C L U S I O N E S

1.- La mayoría de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal se encuentran en la quinta década de la vida.

2.- Las causas más frecuentes motivo de consulta fueron los trastornos menstruales y en segundo lugar la hemorragia uterina anormal.

3.- El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue la miomatosis uterina 85.9%

4.- Las alteraciones menstruales mas frecuentes fueron la polimenorrea y la hipermenorrea 58.4% y 51.1% respectivamente.

5.- La evaluación del interrogatorio y la exploración física, se encontraron en adecuadas para el padecimiento. 70 y 72% respectivamente.

6.- El LUIFB como método diagnóstico y de apoyo es utilizado en muy pocas ocasiones en el protocolo de estudio de las pacientes, que son sometidas a histerectomía abdominal programada.

7.- El PAP como método de apoyo y protocolo de estudio de las pacientes se utilizó solo para descartar alteraciones infecciosas o patología maligna, pero no como un estudio de rutina.

8.- El Ultrasonido como método de gabinete para el diagnóstico de miomatosis uterina, es un método confiable para la evaluación de la pacientes en estudio 74.1%.

9.- La confirmación de diagnóstico preoperatorio con el estudio histopatológico, fué mayor que la reportada. en la literatura.

10.-La incidencia de histerectomía reportada en nuestro estudio, fue menor que la reportada en la literatura.

11.-En nuestro medio los trastornos menstruales dado con el diagnóstico de hemorragia uterina anormal no se incluyen como motivo o causa para justificar la realización de histerectomía abdominal.

11.- La integración del interrogatorio, la exploración física y los métodos de apoyo como el USG, LUIFB y PAP, son un elemento importante para establecer el diagnóstico correcto y evitar de esta manera cirugías innecesarias que aumentan la morbimortalidad de la paciente que es sometida al procedimiento.

EDAD PROMEDIO DEL PADECIMIENTO

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	EDAD PROMEDIO
Displasia	52.00
Sangrado postmenopáusico	51.00
Síndrome doloroso abdominal	45.90
Hemorragia uterina anormal	44.20
Incontinencia urinaria de esfuerzo	44.00
Miomatosis	43.80
Trastornos menstruales	42.70
Tumoración pélvica	42.00
Esterilidad primaria	37.00

CUADRO I

MOTIVO DE CONSULTA

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
Miomatosis	10	5.6
Tumoración pélvica	11	6.2
Esterilidad primaria	2	1.1
Displasia	2	1.1
Incontinencia urinaria de esfuerzo	9	5.1
Síndrome doloroso abdominal	24	13.5
Trastornos menstruales	77	43.2
Hemorragia uterina anormal	42	23.6
Sangrado postmenopausico	1	0.6
T o t a l	178	100.0

CUADRO II

FRECUENCIA DE TRANSTORNOS MENSTRUALES

ALTERACIONES MENSTRUALES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Polimenorrea	104	58.4%
Hipermenorrea	91	51.1%
Oligomenorrea	7	3.9%
Menometrorragia	6	3.4%
Hemorragia intermenstrual	6	3.4%
Metrorragia	2	1.1%
Sin transtornos	56	31.5%

CUADRO III

CITOLOGIA EXFOLIATIVA CERVICOVAGINAL

RESULTADOS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Negativo II	125	94.6
Displasia	7	5.4
Total	132	100

CUADRO IV

BIOPSIA ENDOMETRIAL

RESULTADOS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Normal	30	52.6
Hiperplasia adenomatosa	21	36.9
Hiperplasia adenomatosa con atipia	6	10.5
Total	57	100.0

CUADRO V

CORRELACION PREOPERATORIA Y ULTRASONIDO

DX PREOPERATORIO DE MIOMATOSIS	DX DE MIOMATOSIS POR USG
153	77
100.0%	50.3%

CUADRO VI

CORRELACION ULTRASONIDO E HISTOPATOLOGIA
DE MIOMATOSIS UTERINA

REPORTE DE ULTRASONIDO	REPORTE DE HISTOPATOLOGIA
81	60
100.0%	74.1%

CUADRO VII

DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS

DIAGNOSTICO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Miomatosa uterina	160	89.9%
Hiperplasia adematosa	14	7.9%
Adenomiosis	1	0.6%
Enf. inflamatoria pevica	1	0.6%
Esterilidad primaria	2	1.1%
Total	178	100.0%

CUADRO VIII

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE

DIAGNOSTICO	DOLOR PELVICO		LEUCORREA		HEMORRAGIA		ASINTOMATICAS	
Miomatosis	59	38.6%	20	13.1%	48	31.3%	26	17.0%
Hiperp. endom	5	35.7%	2	14.3%	4	28.6%	3	21.4%
Enf.inf.PéV.	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
Adenomiosis	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%

CUADRO IX

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO
CERVIX

DIAGNOSTICO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Cervicitis crónica	138	77.5%
Displasia	10	5.6%
Quistes de Naboth	5	2.8%
Pólipo cervical	1	0.6%
Normal	24	13.5%
Total	178	100.0%

CUADRO X

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO
MIOMETRIO

DIAGNOSTICO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Miomatosis	121	68.0%
Adenomiosis	17	9.6%
Miomatosis y Adenomiosis	14	7.9%
Normal	25	14.0%
No referido	1	0.6%
Total	178	100.0%

CUADRO XI

**DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO
ENDOMETRIO**

DIAGNOSTICO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Hiperplasia adenomatosa	8	4.5%
Atrófico	4	2.2%
Hiperplasia adenomatosa con atipia	2	1.1%
Pólipo endometrial	2	1.1%
Normal	155	87.1%
No referido	7	3.9%
Total	178	100.0%

CUADRO XII

**DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO
SALPINGES**

DIAGNOSTICO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Salpingitis	15	9.3%
Hidrosalpinx	12	7.4%
Normal	135	83.3%
Total	162	100.0%

CUADRO XIII

**DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO
OVARIO**

DIAGNOSTICO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Quistes foliculares	21	13.0%
Quistes endometriales	5	3.1%
Normal	136	84.0%
Total	162	100.0%

CUADRO XIV

PREOPERATORIO - HISTOPATOLOGICO

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	NUMERO DE CASOS	DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	PORCENTAJE
Miomatosis	153	110	71.9%
Hiperplasia adenomatosa	14	2	14.3%
Adenomiosis	1	1	100.0%

CUADRO X V

COMPLICACIONES

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Granulomas	3	1.7%
Absceso de cúpula	2	1.1%
Sangrado postoperatorio	2	1.1%
Fistula vesicovaginal	1	0.6%
Infeccion renal aguda	1	0.6%
Absceso de pared	1	0.6%
Tromboembolia pulmonar	1	0.6%
Ninguna	167	93.8%
Total	178	100.0%

CUADRO XVI

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Gallardo Valencia L.E. Correlación entre diagnóstico Opreoperatorio e histopatológico en histerectomías abdominales programadas. Tesis de postgrado para obtener el título de especialista en Ginecología y Obstetricia. H.R. 20 de noviembre del ISSSTE. 1990:1-42.
- 2.- Mattingly R.F. Thompson J.D. Te Linde Ginecología Operatoria. 6a. edición. Ed. Atenco. 1987.
- 3.- Ahued Ahued J.R. Morbilidad en la Histerectomía Abdominal. Reporte de 500 casos. Ginec. Obstet. Mex, 1984;52:175-78.
- 4.- Jones H.W. Jones C.S. Miomatosis uterina: tratado de ginecología de Novak. 10a edición. Interamericana 1984.
- 5.- Waed Ch. J. MD.: Analysis of 500 obstetrican a gynecologic malpractice claims causes and prevention. A.M. Obstet Gynecol. Agust 1991;165 (2):298-306.
- 6.- Reiter R.C. MD Wagner P.L. MD and Cambone J.C.D.O: Routine

hysterectomy for large asymptomatic uterine leiomyomata. A reappraisal. *Obstet Gynecol*, april 1992;79(4)481-4.

7.- Cannon M.J. et. al.: A randomised trial comparing endometrial resection and abdominal hysterectomy for the treatment of menorrhagia. *B.M.J.* November 1991;303:1362-4.

8.- Cambone J.C., DO. Reiter R.C.MD. Lench,MD, and More J.C.MD. The impact of quality assurance process on the frequency and confirmation rate of hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. August 1990, 163 (2): 554-560.

9.- Stovall T.C.M. Ling F.W. MD, and Crawford D.A. MD: Hysterectomy for chronic pelvic pain of presumed uterine etiology. *Obstetrics Gynecology*. april 1990;75(4):676-9.

10.- Marugo M, Centonze M., Bernasconi D. Fazzuoli L, Berta S. and Giordano C: Estrogen and progesterone receptors in uterine leiomyomas. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1989;68:731-5.

11.- Dr. Ramos Alvarado A. Rosales Aujan E. Dr. y Rodríguez Guajardo R. Correlación de la ecosonografía con el diagnóstico clínico e histopatológico en Ginecología. *Ginec Obstet Mex*. Marzo

1988, 56: 61-64

12.- Cambonc J.C.DO. Lench J.B. Md. Slesinski M.J. MD, Reiter R.C. Md, and Moore J.C. MD. Validation of hysterectomy indications and the quality assurance process. *Obstetrics & Gynecology*. June 1989; 73 (6): 1045-9.

13.- Novak E.R.y Woodruff J.D. Novak *Patologia Ginecologica y obstetrica* 8ava edición. Mexico, Editorial Interamericana 1982

14.- Jones H.W. y Jones G.S. *Tratado de Ginecologia de Novak*. 10a edición. Editorial Interamericana México, 1984.

15.- Torres Lobaton A. Cerón García M. Mandujano M. y Díaz Rodríguez L.R.: *Histerectomía radical en el tratamiento del cáncer cervicouterino recurrente a radiación*. *Ginec Y Obstet de Mex*. 1984: 51 (309): 7-12.

16.- Heard M.L. Bawdon D.L. and Nobles B.J. *Susceptibility profiles of potential aerobic and anerobic pathogens isolated from hysterectomy patients*. *Am J Obstet and Gynecol*. Mayo 1984; 149 (2): 133-43.

17.- González Merlo N. Ginecología. 5a. edición. México Ed. Salvat. 1988.

18.- Shaikh H Khan K.S: Adenomyosis in Pakistani women: four year experience at the Aga Khan University Medical Center. Karachi.J. Clin Pathol 1990;43:817-9.