

11217  
52  
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

ANALISIS DE LA CORRELACION CLINICOPATOLOGICA DE LA HISTERECTOMIA GINECOLOGICA

DR. SAMUEL KARCHMER K.  
DIRECTOR GENERAL  
PROFESOR TITULAR

DR. FRANCISCO ENCINAS GONZALEZ  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
PROFESOR TITULAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. FRANCISCO ENCINAS GONZALEZ



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

Enero de 1988



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.

## INDICE

<b>Generalidades</b>	<b>1</b>
<b>Introducción</b>	<b>19</b>
<b>Material y métodos</b>	<b>22</b>
<b>Resultados</b>	<b>23</b>
<b>Discusión</b>	<b>32</b>
<b>Resumen</b>	<b>35</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>36</b>

## GENERALIDADES

El útero, órgano pélvico sumamente importante para la reproducción de la especie, experimenta diversos trastornos. Los más corrientes resultan de desequilibrios endócrinos, complicaciones de la gestación, proliferaciones neoplásicas y otras, explica ésto la importancia de la práctica ginecológica.

Excluyendo las alteraciones que guardan relación con la gestación, podemos dividir para fines prácticos la patología uterina en benigna y maligna, la primera incluye la miomatosis uterina, adenomiosis, hiperplasia endometrial, pólipos endometriales cervicitis y endometritis, en lo que se refiere a patología maligna cáncer cérvicouterino y CA de endometrio; las entidades mencionadas son las más frecuentes y serán las que se describirán.

Miomatosis uterina.- Mioma, leiomioma, fibroma, es terminología que se refiere a la misma anomalía (3). Son los tumores benignos más frecuentes en la mujer, se les describe como bien circunscritos, no encapsulados y aunque su composición es

esencialmente músculo liso, se encuentra en ellos algunos elementos de tejido conectivo fibroso (12). Son la causa más corriente de aumento de volumen benigno del útero, se observa en un 20% de las mujeres aproximadamente, aunque su incidencia exacta no se conoce (13). Danforth (3) estima que una de cada 5 mujeres que sobre pasa los 35 años tiene miomatosis uterina. Se calcula que por lo menos el 33% de los ingresos ginecológicos a hospitales es por estos tumores, y que el 60% de las laparotomías pélvicas se efectúan por esta razón. Son más frecuentes en la cuarta o quinta década de la vida, aunque también se observan en el segundo o tercer decenio y pueden persistir encontrándose en edad avanzada. Son más frecuentes en negras que en blancas y se clasifican de acuerdo a su localización en el útero, en base a esto se dan nombres descriptivos a las diversas situaciones en que se encuentren; los que se incluyen en el miometrio se les llama intramurales, son los más comunes y su crecimiento distorciona la cavidad y la superficie externa del útero. Los que se encuentran por debajo de la serosa uterina se les denomina subserosos, son éstos -

los que producen la típica configuración nudosa, con el crecimiento pueden pedicularse y en ocasiones pueden quedar unidos a vísceras adyacentes, peritoneo, - epiplón etc. y perder el suministro primario de sangre, desarrollando suministro secundario de la estructura a la que se ha unido, se les conoce con el nombre de parasíticos y son raros (12). Si crecen hacia el ligamento ancho, se les conoce como intraligamentarios. Los tumores que se encuentran inmediatamente por debajo del endometrio, se les conoce como submucosos y tal como sucede con los miomas subserosos, también pueden pedicularse, saliendo a la luz de la cavidad endometrial, hacia el cérvix o al conducto vaginal, en esta situación la infección es corriente (14).

Por lo general se trata de tumoraciones múltiples, aunque en ocasiones se encuentra solo una tumoración. Con respecto a su etiología se discute el papel del hiperestrinismo; está comprobado que éstos tumores disminuyen de tamaño y se tornan fibrosos - después de la menopausia y rara vez comienzan en época postmenopáusica (14). La ooforectomía produce -

atrofia de estos tumores y quizá lo más importante sea que durante la gestación aumentan rápidamente de volumen y presentan proliferación celular notable por ésto tal vez convenga considerar a los leiomiomas como lesiones dependientes de factores endócrinos y cuyo crecimiento o volumen es regido por los estrógenos (12).

Los miomas en la gran mayoría de las veces no causan sintomatología, muchos se descubren de manera incidental durante la exploración genital por alguna otra causa. Cuando se muestran sintomáticos lo hacen por hemorragia o alteraciones en el patrón menstrual, otras veces se descubre aumento de volumen abdominal y en ocasiones hay dolor abdominopélvico. De cuando en cuando el mioma submucoso hace protrusión y causa sangrado anormal.

Adenomiośis.- Se caracteriza por áreas glandulares y estroma endometrial dentro del miometrio. La lesión no se trata de un tumor, es un crecimiento hiperplásico y puede ser localizado o difuso (12). Desde el punto de vista macroscópico el útero está -

aumentado de volumen, fibroso y engrosado, aunque en algunas ocasiones el tamaño es normal. De ordinario no se modifica el contorno ni la superficie serosa y la pared miométrial a menudo alcanza 2 a 3 cms. de espesor (3). El diagnóstico de adenomiosis se hace generalmente como un hallazgo del médico anatomopatólogo, se encuentra adenomiosis en aproximadamente - 20% de las histerectomías y se refiere que se encuentra en 10-50% de los estudios de necropsia, según - las bases que se utilicen para hacer el diagnóstico (14). Se observa más común en mujeres de 50-60 años y se manifiesta clínicamente por hemorragia menstrual cada vez mayor, dismenorrea adquirida y creciente en el grupo de mujeres de 35-40 años de edad. A la exploración se encuentra aumento de tamaño uterino, reblandecimiento y dolor al tacto; no produce síntomas pasada la menopausia. La posibilidad de esta entidad debe tenerse en consideración en la mujer que se encuentra en la 4a.-5a. década de la vida y que aqueja aumento en la cantidad y días de sangrado cíclico - menstrual, que presenta dismenorrea y que a la exploración se encuentran los datos antes mencionados. Teniéndose en mente esta posibilidad, ayudará a incre -



mentar el diagnóstico correcto sobre esta patología; la confirmación de que exista adenomiosis consiste en encontrar el estroma, la glándulas endometriales o ambos entre los fascículos miometriales.

Hiperplasia endometrial.- Durante los años de reproducción, el ciclo normal menstrual de desprendimiento y crecimiento de endometrio es un proceso finamente balanceado y regulado por incremento y disminución hormonal tanto hipofisario como ovárico (3). - Cuando existe una desproporción entre los niveles estrogénicos y progestágenos, se produce anormalidad en el ciclo y desde luego en el endometrio, órgano blanco, efector de las hormonas mencionadas, por lo tanto es necesario para una función endometrial normal, que exista proporción hormonal adecuada (13).

La hiperplasia del endometrio se encuentra habitualmente como un hallazgo en el estudio histopatológico de mujeres con menstruación excesiva, irregular o prolongada; aunque también puede cursar sin sintomatología (12). Se aduce una excesiva producción estrogénica, aunque en realidad no necesita ser excesiva -

si es prolongada y no es opuesta por la progesterona producida en el cuerpo luteo (3).

La anovulación es la causa más frecuente de producción hormonal alterada, aclarandose que no siempre se acompaña de hiperplasia, es más frecuente en las edades extremo de la vida menstrual: postpuberal o postmenopaúsica. Se atribuye también como causa de hiperplasia a los tumores funcionantes de ovario, anormalidades de la corteza adrenal, a la enfermedad ovárica poliquística etc.. El tipo de hiperplasia más frecuente es la quística, la cual denota crecimiento y grosor excesivo del endometrio y suele presentarse antes de la menopausia o en la misma cuando las actividades ovulatoria y progestacional disminuyen, con hiperestrinismo relativo, se ve además en el Stein Leventhal, administración terapéutica prolongada de estrógenos etc.. Macroscopicamente el endometrio es grueso, aterciopelado, gris pálido, de superficie granulosa y friable, lo cual sugiere malignidad pero ocurre en la hiperplasia. Se asocia a pólipos, adenomiosis, miomatosis etc.. Microscopicamente se observan glándulas revestidas de células epiteliales

cilíndricas, altas, no secretorias y sin atipias. Hiperplasia adenomatosa, representa una fase más activa y avanzada, origina mucosa endometrial muy engrosada suculenta; gris, con aspecto similar a la hiperplasia quística. La superficie puede ser más irregular y nodular e histologicamente se observan demasiadas glándulas atípicas, el estroma endometrial es normal. La distribución de las glándulas es irregular, de manera que se aprecian aglomeraciones focales apretadas, separadas por estroma endometrial escaso, muchas veces las glándulas parecen estar en contacto una con otra. Las células epiteliales de revestimiento varían de cilíndricas a cúbicas y suelen ser algo hipercrómicas - por lo regular falta la actividad secretoria.

Pólipos endometriales.- Son masas pequeñas, sésiles, sobre salen y tienden al origen múltiple, frecuentemente compuestos de endometrio hiperplásico y se considera a éstas lesiones foco de hiperplasia quística (3). En realidad llegan a ser tan abundantes produciendo un cuadro global de hiperplasia, que se ha dado a llamar polipoide. Se atribuye como causa la misma que para la hiperplasia endometrial. -

La incidencia no se conoce, aunque son lesiones comunes y son frecuentes entre los 30-60 años de edad (3)

**Cervicitis.**- Según los datos que se elijan para el diagnóstico, puede describirse cierto grado de inflamación en casi todas las multiparas y en muchas nulparas adultas. Es muy discutible que la cervicitis benigna tenga importancia, según refiere Danforth se atribuye a traumatismos, desgarros obstétricos, intervenciones instrumentales, así como a hipo o hiperestrinismo, cambios en el PH vaginal, eversionses congénitas de la mucosa endocervical y a la ingesta de anticonceptivos esteroideos (3,12,13). Se divide en aguda y crónica, la primera por lo general se ve en el puerperio; la cervicitis crónica es más frecuente que la aguda, en su forma más sencilla se presenta como enrojecimiento, tumefacción y aspecto granular limitado a los bordes del orificio cervical externo, con el progreso de la enfermedad el enrojecimiento y las granulaciones se extienden y producen un anillo centrífugo de mucosa inflamada, posteriormente aparecen ulceraciones o erosiones superficiales irregula-

res, que deforman la superficie exterior del cuello, en casos avanzados llegan a producir nódulos friables deformantes que se confunden con procesos malignos. Histológicamente se encuentra infiltrado leucocitario de mononucleares en el estroma cervical, en menor proporción infiltrado poliformonuclear. En general el proceso se ve como una afección vaginal y se le da poca importancia, pero hay que recordar que es causa de esterilidad y lo que es más importante, predispone a la aparición de cáncer cervical (13).

Endometritis.- El endometrio y miometrio, son notablemente resistentes a las infecciones, por eso la endometritis es un problema poco frecuente, circunscrito habitualmente al puerperio; sin embargo la inflamación crónica del endometrio ocurre en pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica, también en la diseminación miliar de la tuberculosis o cuando la salpingitis tuberculosa drena hacia el útero, originando endometritis. En estas circunstancias la endometritis crónica es enfermedad secundaria y hay una causa lógica para la infección endometrial.

Cáncer Cervicouterino.- Se ha avanzado mucho en el conocimiento del desarrollo de ésta neoplasia gracias a lo accesible que es el cérvix, y la facilidad para efectuar exámenes citohistológicos. A pesar de que dicho conocimiento es aún incompleto hemos aprendido que la mayoría de éstas lesiones aparecen gradualmente y se desarrollan en el transcurso de varios años (13). Considerando lo anterior su detección es fácil, pese a que las fases iniciales es asintomática. Gracias al diagnóstico temprano del CA CU la mortalidad ha disminuido y es evidente que ninguna forma de cáncer clínico comprueba mejor los efectos notables del diagnóstico temprano y el tratamiento curativo.

Las lesiones que muestran un engrosamiento completo del epitelio a base de células neoplásicas indiferenciadas se llaman carcinoma in situ y el término displasia se utiliza para todas las demás lesiones precancerosas del epitelio (12). La displasia se subdivide en leve, moderada y grave o bien NIC I,II,III respectivamente. El cáncer de cérvix ocurre a cualquier edad, desde el segundo decenio hasta la senec-

tud, siendo más frecuente hacia los 50 años las lesiones clínicamente patentes y las lesiones in situ alcanzan el máximo 10 a 15 años antes. Se asocian muchos factores dentro de su etiopatogenia, sociales y personales como son bajo estado económico, edad precoz del primer coito, muchos compañeros sexuales, pareja sin circunsidad, paridad creciente, mujeres de raza negra, mujeres que han padecido infección genital por herpes virus tipo II, etc.. Puesto que el carcinoma de células escamosas está prácticamente ausente en mujeres vírgenes, da la impresión que el carcinógeno cualquiera que fuera se transmite por relación sexual (3).

El proceso maligno se hace peligroso para la paciente cuando sale de sus confines epiteliales e invade el estroma cervical. La invasión precoz ocurre predominantemente a partir del CA in situ de las glándulas endocervicales y puede ser desde múltiples focos simultáneamente e irrumpir en los vasos linfáticos y vénulas (14).

El carcinoma escamoso constituye el 90% del CA CU, el resto es adenocarcinoma; comienza en la unión

del epitelio escamoso y cilíndrico, inicialmente no produce alteración apreciable a simple vista y el diagnóstico solo puede sospecharse al efectuar prueba de Schiller o frote de Papanicolaou, a medida que esta lesión va creciendo invade hacia la portio y hacia el interior del estroma del exocérnix, el crecimiento puede ser exo o endofítico siendo el primero el más frecuente. El tumor fungoso puede diseminarse excentricamente hacia los fondos de saco y hacia abajo por la pared vaginal y es frecuente la extensión hacia los parametrios (3). Disemina así mismo hacia los linfáticos y los glándulos y los que más frecuentemente se afectan son los paracervicales, hipogástricos, obturadores e ilíacos externos, reconociéndose estos como los linfáticos primarios; los sacros, ilíacos comunes, aórticos e inguinales, los cuales se conocen como linfáticos secundarios y se afectan menos frecuentemente (3,14). La invasión hacia el torrente sanguíneo ocurre con la linfática y puede observarse en tumores tempranos, aunque por lo general lo hace tardíamente. El 30% de las pacientes que fallecen por CA CU tienen metástasis a hígado, pulmones y vaso. El panorama del cáncer cer



vical es favorable cuando se diagnóstica tempranamente y se puede esperar una tasa de curación del 100% en el CA in situ, conforme avanza la lesión se ensombrece el pronóstico.

Cáncer endometrial.- Dentro de la génesis del cáncer de endometrio, se encuentra la falla en la ovulación durante tiempo prolongado (14). El hiperestrinismo y la deficiencia de progesterona se atribuyen como factor importante en la producción de esta anormalidad. Al rededor del 75% de la veces ocurre en mujeres postmenopáusicas, siendo la mayor incidencia entre 50-60 años, con una media de 10 años después del cese de la ovulación. Se le ve también en la mujer joven que cursa con largos periodos de amenorrea, en las que tienen exceso de estrógenos endógenos causado por tumoraciones ováricas funcionantes y las que reciben tratamiento contraceptivo hormonal por muchos años. Se asocia con obesidad, hipertensión, alteraciones tiroideas, esterilidad, diabetes y CA mamario; se evidencia con esto la fuerte asociación de desequilibrios endócrinos y la simulta

neidad de CA mamario y endometrial.

Estos tumores se originan primero como lesiones in situ, que en etapas posteriores se transforman en focos aislados de engrosamiento endometrial, algunos se convierten en masas polípidas nodulares y duras, otros infiltrando la pared uterina, con el tiempo ambas variables se tornan fungiformes hacia la cavidad endometrial y se hacen invasoras. El tumor se extiende por la pared del útero y produce nódulos serosos y subserosos, finalmente se propaga a los tejidos periuterinos por contigüidad, ligamentos anchos, fondos de sacos laterales, pelvis y por último hay diseminación a los ganglios linfáticos regionales ilíacos, aórticos, inguinales e hipogástricos, en periodos avanzados puede dar metástasis hematogéna a pulmones, hígado, huesos y otros órganos. En el 5% de los casos se propaga a las trompas y ovarios. El pronóstico y tratamiento dependen del estadio clínico en que se haga el diagnóstico. El estadio 0 (in situ) cura al 100% con cirugía, el I aproximadamente 70% con cirugía y radioterapia tienen supervivencia a 5 años y va disminuyendo conforme avanza el estadio.

La patología que se ha descrito anteriormente tiene como base y punto principal para su tratamiento a la histerectomía y como se dijo si es efectuada por manos expertas, con criterio quirúrgico juicioso y bien orientado, así como en combinación con otros tratamientos, conlleva al bienestar y alivio en muchos de los casos.

La vía de abordaje para efectuar histerectomía puede ser abdominal o vaginal, cada una con sus indicaciones, ventajas y desventajas.

La histerectomía abdominal se realiza preferentemente cuando el diagnóstico de la patología en cuestión es dudoso, cuando se precisa una exploración de la cavidad abdominal, en úteros excesivamente grandes, cuando se necesita realizar otro tipo de cirugía sobre apéndice o intestino, si existe una historia previa de peritonitis inflamatoria grave, en endometriosis extensa etc. y dependiendo del caso en particular se optará por hacer histerectomía total o subtotal, intra o extrafascial. La supracervical o subtotal se realiza en pocas ocasiones, queda condicionado a juicio del cirujano, si éste conside-

rara que la extirpación del cuello pudiera ser peligrosa. Difiere muy poco en los pasos preliminares de la histerectomía total, después de la ligadura de los vasos uterinos se libera el peritoneo anterior y posterior y se amputa el cérvix mediante corte transversal a nivel del istmo, el muñon uterino se cierra con puntos separados y por lo general con material absorbible, y se lleva a cabo la peritonización como en la total, ésta última incluye el cérvix

La histerectomía radical, se utiliza en casos de carcinoma cervical en estadio I o en las primeras fases del II, así como en casos de carcinoma corporal que se encuentra localizado en canal cervical o su cercanías. La histerectomía radical (Wertheim modificada) de acuerdo con los estándares actuales implica los pasos siguientes, extirpación de los ganglios linfáticos de la ilíaca interna, la ilíaca externa y la común, extirpación de los ganglios linfáticos obturadores, ligadura de los vasos ováricos en el ligamento infundibulopélvico, ligadura de la arteria uterina a nivel de la salida de la hipogástrica, extirpación en bloque de los tejidos parametriales

y paracervicales que contienen las venas uterinas, sección de los uterosacros a menos de una distancia de 3 cms. del cérvix y extirpación del tercio superior de vagina. Además de estadios precoces de cáncer es condición para efectuarla que la paciente no sea obesa, menor de 65 años, buen estado de salud en general y que no haya sido sometida a radioterapia.

La histerectomía vaginal, tiene como indicación en especial al prolapso uterino, algunos autores refieren que es la mejor técnica en pacientes obesas y que se puede usar también en casos de CA CU in situ. Se contraindica cuando el diagnóstico no está claro, cuando los síntomas sugieren compromiso de otras estructuras, en úteros grandes en exceso o bien si está adherido, así como en enfermedades malignas del tracto genital fuera del CA CU in situ. En general la histerectomía vaginal tiene como objeto la curación definitiva de los síntomas y defectos anatómicos que están en relación con la fascia endopélvica de sostén.

## INTRODUCCION

La histerectomía es uno de los procedimientos más frecuentemente efectuados en la actualidad. Sus indicaciones son múltiples, desde el uso para profilaxis del cáncer de cérvix, hasta ser utilizada como método anticonceptivo en algunas partes del mundo - (1,2,6). Es controversial realizar o no el procedimiento, sobre todo cuando se adjudica a las causas - que anteriormente se mencionaron, agregando que no - es un procedimiento inocuo y trae consigo transtor - nos emocionales, de morbilidad, económicos etc. Ésto condiciona divergencias en la opinión entre tomar - una conducta conservadora o ser agresivo a éste res - pecto (2).

La histerectomía ha sufrido a través del tiempo numerosas variaciones, inicialmente se efectuó co - mo un método salvador en aquellas pacientes a quie - nes se hacía cesarea y como manera única de evitar - hemorragia masiva se efectuaba histerectomía, Ésto - hecho por Porro en el siglo pasado y de donde dicho procedimiento tomo el nombre de operación de Porro - (3).

Freund en 1978 realizó por primera vez la histerectomía simple, Ries y Clarck en 1895 en Estados Unidos y al mismo tiempo Wertheim en Viena, utilizaron por primera ocasión la histerectomía erradical para el tratamiento del cáncer cervical invasor (3).

Actualmente la histerectomía es un procedimiento seguro cuando se efectúa por manos expertas y es utilizado en todos los centros que se dedican a la práctica ginecológica, constituye una intervención quirúrgica de relevante valor cuando se diagnostica patología uterina refractaria al tratamiento médico o bien no tratable por éste medio, así mismo puede conjuntarse tratamiento quirúrgico y médico y traer como resultado el bienestar en muchos de los casos brindando el alivio de las pacientes.

En el Instituto Nacional de Perinatología de la Secretaría de Salud, al igual que en otros centros ginecológicos, ésta cirugía es una práctica habitual, las pacientes candidatas para efectuarles el procedimiento se someten a valoración clínica todas ellas, basada en el interrogatorio y exploración, teniendo especial atención en la exploración ginecológica.

gica, se toma siempre muestra para estudio citológico exo y endocervical, si se considera necesario se le solicita estudio ultrasonográfico pélvico y en muchos de los casos se les efectúa biopsia o legrado - biopsia según se considere prudente.

Cuando se ha hecho la extirpación uterina, por regla la pieza extraída es enviada para estudio histopatológico con reporte días después si la morfología macroscópica es de benignidad o inmediatamente - en caso contrario.

El objetivo que se pretende al efectuar el presente estudio, es hacer una correlación en el hospital, de los diagnósticos preoperatorios como indicación de histerectomía y los emitidos en base al estudio histopatológico.



## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron retrospectivamente 397 expedientes de pacientes a quienes se le realizó histerectomía ginecológica en el Instituto Nacional de Perinatología, en el periodo comprendido del 1° de enero de 1985 al 31 de diciembre de 1986.

Se revisaron los siguientes datos:

- a) Edad de la paciente
- b) Tipo de histerectomía
- c) Métodos diagnósticos
- d) Diagnóstico preoperatorio.
- e) Resultados del estudio histopatológico de los úteros extirpados.

Se realizó el análisis de los casos en base a tablas porcentuales y polígonos de frecuencia.

La mayoría de las pacientes se estudiaron conforme al protocolo de patología quirúrgica establecido en el Instituto.

## RESULTADOS

La edad promedio de las pacientes en las que se realizó el procedimiento, fue de 48.5 años, con rangos que variaban entre 27 y 70 años. (Gráfica uno).

El diagnóstico clínico por el que se efectuó - histerectomía, fue miomatosis en el 56.4% de los casos, seguido por el prolapso uterino en 22.6% de los casos, el resto de las indicaciones se aprecian en la gráfica dos.

En relación con el tipo de histerectomía practicada, la abdominal correspondió a un 76.4%, siendo efectuadas 297 con técnica intrafascial y en 7 de ellas técnica extrafascial, indicada por neoplasia maligna. En 23.6% de los casos se realizó histerectomía vaginal (Gráfica tres).

Los métodos diagnósticos se observan en el cuadro uno.

La correlación clínico patológica de las piezas extraídas, reveló una veracidad del diagnóstico clínico del 78.1% de los casos, cuando la causa de -

histerectomía fue miomatosis y del 100% en los casos de adenomiosis, hiperplasia y neoplasia maligna. - Cuadro dos.

En relación a los úteros extirpados por vía vaginal, que correspondieron a 94 del total (23.6%), - se encontró como hallazgo quirúrgico en el 38.3% de los casos diagnósticos histológicos no sospechados - por la clínica, destacando 21 casos de miomatosis, - 3 de adenomiosis, 4 de hiperplasia endometrial y 2 - de CA CU. Total de correlación de 61.7%. Cuadro - tres.

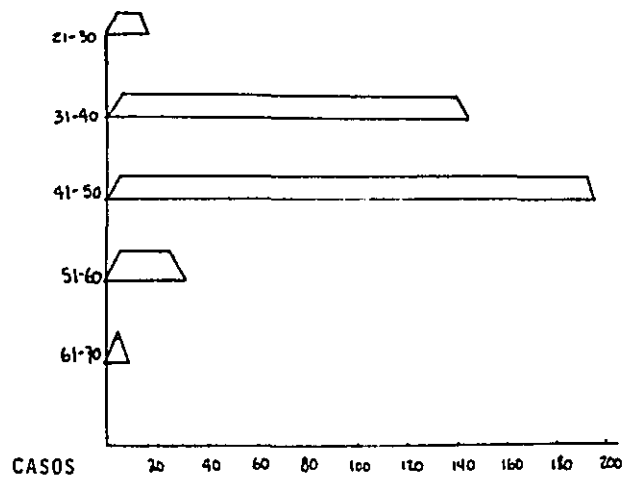
El análisis de casos operados por hemorragia - uterina disfuncional, 33 del total (8.3%) reportó en 20 de ellos patología uterina no sospechada, que incluye miomatosis, adenomiosis, hiperplasia y neoplasia maligna. Da un total de correlación del 39.4% - cuadro cuatro.

Los 12 casos operados con diagnóstico clínico de síndrome postoclusión tubaria, en todos se reportó útero normal, correlacionando en el 100%.

Por lo anterior se puede apreciar que el por -

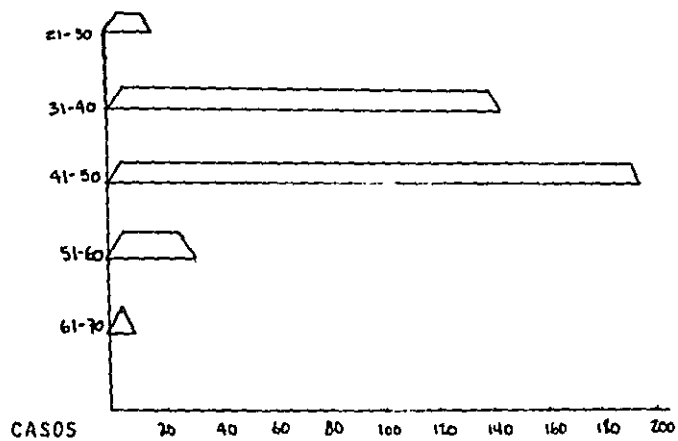
centaje de correlación global entre el diagnóstico -  
clínico preoperatorio y el histológico fue del 71% -  
que corresponde a 282 de los 397 casos operados.

GRUPO DE EDADES  
EDAD PROMEDIO 48.5 AÑOS



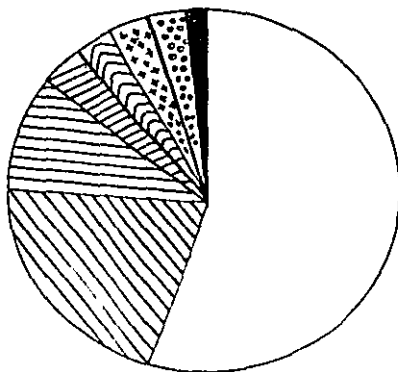
GRAFICA UNO









GRUPO DE EDADES  
EDAD PROMEDIO 48.5 AÑOS



.GRAFICA UNO

# HISTERECTONIA GINECOLOGICA 397 CASOS



-  MIOMATOSIS
-  PROLAPSO UTERINO
-  SANGRADO DISFUNCIONAL
-  OTROS
-  HIPERPLASIA
-  SINDROME POST OTB
-  NEOPLASIA MALIGNA
-  ADENOMIOSIS

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

GRAFICA DOS

## HISTERECTOMIA GINECOLOGICA 397 CASOS

### CORRELACION ENTRE DIAGNOSTICO CLINICO E HISTOLOGICO

ENTIDAD	DX CLINICO	DX HISTOPATOLOGICO	% CORRELACION
Miomatosis	224	175	78%
Hiperplasia	12	12	100%
Adenomiosis	5	5	100%
CA CU in situ	5	5	100%
CA endometrio	2	2	100%

CUADRO DOS



## HISTERECTOMIA GINECOLOGICA 397 CASOS

### METODOS DIAGNOSTICOS

METODO	N° DE CASOS	%
Exploración ginecológica	397	100
Ultrasonografía	284	71.5
Biopsia/legrado biopsia de endometrio.	204	51.3

CUADRO UNO

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

HISTERECTOMIA VAGINAL 94 CASOS  
(PROLAPSO UTERINO)

DIAGNOSTICO	Nº DE CASOS	%
Utero normal	58	61.7
Miomatosis	21	22.3
Adenomiosis	3	3.1
Hiperplasia	4	4.2
CA cérvix	2	2.1
Otros	6	6.3
TOTAL	94	100%

CUADRO TRES

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

DIAGNOSTICO	Nº DE CASOS	%
Utero normal	13	39.3
Miomatosis	7	21.2
Adenomiosis	2	6.0
Hiperplasia	5	15.1
CA endometrio	2	6.0
Otros	4	12.0
TOTAL	33	100%

CUADRO CUATRO

## DISCUSION

Dentro de la operatoria actual, no solo ginecológica sino general, la histerectomía ocupa un lugar primordial, cuyo uso es más difundido cada vez, ante mejores técnicas, recursos operatorios y anestésicos (1,4,10).

En el estudio efectuado, la edad de las pacientes en las que se efectuó el procedimiento, varió desde pacientes de 27 años la más joven y de 70 años la mayor; siendo el promedio de 48.5 años. En la literatura revisada se encuentran datos acordes a los obtenidos en ésta serie (5,7).

El tipo de histerectomía efectuada fue decidida a partir del diagnóstico clínico, prefiriendo la vía abdominal cuando se trataba de úteros miomatosos, con adenomiosis, hiperplasia, con trastornos funcionales hemorrágicos rebeldes a tratamiento médico y en otros casos en donde no existía descenso uterino; cuando éste último estaba presente se prefirió la vía vaginal para efectuar el procedimiento.

El diagnóstico más frecuente como indicación de histerectomía, fue la miomatosis uterina, hecho simi-

lar reportado en otras series (4,6,7). Ya que el Instituto por lo general no se dedica a la atención de patología uterina maligna, se entiende la predominancia de la miomatosis como causa de histerectomía, quizá en los centros oncológicos no sea tan importante éste diagnóstico y la mayor proporción sea debida a enfermedad maligna.

El porcentaje de distribución de los diagnósticos por los que se indicó el procedimiento, es similar a otros reportados (5,7).

Llama la atención que en los casos operados de histerectomía vaginal, no hayan sido sospechados los diagnósticos reportados en el estudio histopatológico, impresiona ésto que al encontrar prolapso uterino, se olvida que puede coexistir otra anomalía, es menester del clínico ser más acucioso en la búsqueda de otras alteraciones agregadas al descenso uterino.

También es de considerar que en el total de los casos, en el 29% de éstos existió discrepancia entre el diagnóstico preoperatorio y el emitido por

el estudio histopatológico. Si bien en series nacionales e internacionales la correlación se encuentra - desde 33 a 70% (1,4,11), podemos considerar que la en - con - tra - da en este estudio es aceptable como buena, tomando en cuenta la frecuente asociación sintomatológi - ca entre la miomatosis uterina, adenomiosis o la hemrragia disfuncional; aún sin embargo lo que revela es la necesidad de ser más cuidadosos en la integración adecuada del diagnóstico y más aun la obligación de - seguir en todas y cada una de las pacientes, el protocolo de patologia quirúrgica establecido por la Institución.

## RESUMEN

Se revisaron retrospectivamente 397 expedientes de pacientes a las que se les realizó histerectomía ginecológica, de enero de 1985 a diciembre de 1986.

En 303 pacientes se efectuó histerectomía abdominal y en 94 vaginal.

El diagnóstico clínico más frecuente fue la miomatosis uterina, siguiéndole el prolapso uterino, hemorragia disfuncional y otros, los métodos diagnósticos preoperatorios fueron la ultrasonografía pélvica y la biopsia endometrial.

Se correlacionó el diagnóstico preoperatorio e histopatológico en el 71% del total de los casos, que corresponde a 282 de los 397 casos operados.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Atkinson SM, Chapel SM: Vaginal hysterectomy for sterilization. *Obstet Gynecol*, 1972, 39: 759 - 66.
- 2.- Cole P: Elective hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*, 1977, 129: 177 - 83.
- 3.- Danforth DN: Tratado de obstetricia y ginecología, 4a edición, Editorial Interamericana, México 1987, pags. 1021 - 48.
- 4.- Delgado UJ, Gasque LF, Marin RR, Magaña BR: Histerectomía abdominal 300 casos. *Gin Obst Mex*, 1982, 50: 57 - 62.
- 5.- Dicker REC, Greenspan JR, Strauss LT: Complications of abdominal and vaginal hysterectomy - among women of reproductive age in the United States: The Collaborative review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol*, 1982, 144: 841 - 8.
- 6.- Easterday CL, Grimes DA, Riggs IA: Hysterectomy in the United States. *Obstet Gynecol* 1983, 62: 203 - 11.
- 7.- Lee CN, Dicker RC, Rubin GL, Ory HW: Confirmation of the preoperative diagnoses for Hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*, 1984, 150: 283 - 7.



- 8.- López OE, Guerrero HA, Jiménez JF, Butron LF:  
La histerectomía obstétrica en el hospital de  
ginecoobstetricia 3a. I.M.S.S.S.: Correlación  
anatomoclínica. Gín Obst Mex, 1983, 51: 281 -  
6.
- 9.- Martius H: Operaciones ginecológicas, 4a. edi-  
ción, editorial Labor, España 1964, pags 32 - 71
- 10.- Ohm MJ, Jalask RP: The effect of antibiotic -  
prophylaxis on patients under going total abdo-  
minal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol, 1976,  
125: 442 - 9.
- 11.- Ramírez SE, Delgado UJ, Ricaud RL, Casimiro AA:  
Histerectomía vaginal revisión de 300 casos. -  
Gín Obst Mex, 1968, 24: 575 - 85.
- 12.- Robins SL: Patología estructural y funcional,  
1a, edición, editorial Interamericana, México,  
1975, pags. 1177 - 93.
- 13.- Sabiston DC: Tratado de patología quirúrgica,  
11a. edición, editorial Interamericana, México  
1982, pags. 1681 - 9.
- 14.- Te Linde's: Operative Gynecology, Sixt edition  
Editorial Lippincott Company, pags 759 - 80.