

11217

52

209

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores de Posgrado
Hcspital Regional "20 de Noviembre" ISSSTE

**"CORRELACION ENTRE DIAGNOSTICO
PREOPERATORIO E HISTOPATOLOGICO
EN HISTERECTOMIAS ABDOMINALES
PROGRAMADAS"**

TESIS DE POSGRADO

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

P R E S E N T A :

DR. LUIS ERNESTO GALLARDO VALENCIA



ISSSTE

MEXICO, D.F.

FALLA DE ORIGEN

1990



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.

INDICE

	Pag.
Introducción	1
Generalidades	3
Antecedentes Históricos	
Técnica quirúrgica	
Indicaciones	
Morbimortalidad	
Objetivos	9
Material y Métodos	10
Resultados	16
Comentario	34
Conclusiones	39
Bibliografía	41

INTRODUCCION

La histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas mayores más frecuentemente realizadas. En los Estados Unidos ocupa el 5o lugar de las operaciones mayores, en México, ocupa el 5o lugar de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en general, y el primer lugar de las ginecológicas .

Hasta el 50% de las pacientes que son sometidas a histerectomía pueden llegar a desarrollar alguna morbilidad y por lo menos una de cada 1000 muere a causa de la misma (1,2,3,4,17).

En la actualidad la práctica de la histerectomía se ha difundido cada vez más gracias a los múltiples adelantos tecnológicos, capacitación quirúrgica, antibióticos, etc., lo que ha ocasionado una evolución en sus indicaciones las cuales ya no se circunscriben solamente a padecimientos tumorales como antaño sino que se han ampliado importante-mente e inclusive ha habido autores que la utilizan para la profilaxis del cancer cervicouterino e inclusive se ha utilizado como método definitivo de control de la ferti-lidad (1,3,5,6). Sin embargo, en nuestro Hospital se continúa utilizando las indicaciones clásicas, debido a que dicha intervención presenta riesgos considerables inmediatos y mediatos, además de secuelas impredecibles en la esfera

- vascular, metabólica y psicológica.

La histerectomía es y continuará siendo un importante componente en el arsenal terapéutico del ginecólogo para el cuidado de la salud de la mujer, pero es responsabilidad del mismo asegurarse de que cada histerectomía sea adecuadamente indicada y realizada de la manera más apropiada, con el propósito de ofrecer la máxima seguridad y bienestar a sus pacientes.

El presente trabajo se ha realizado con el propósito de conocer las principales indicaciones, el número de casos en que coincide el diagnóstico preoperatorio con el histopatológico, así como aquellos en que se encontraron padecimientos no sospechados previamente a la cirugía.

GENERALIDADES

La histerectomía abdominal es una operación que en la actualidad se practica con gran libertad debido a que el útero no es un órgano vital y a la importante disminución de la morbimortalidad inherente al procedimiento, lograda con los grandes avances científicos y tecnológicos. Sin embargo, es una operación mutiladora que puede tener como consecuencia importantes alteraciones psicobiológicas que a su vez pueden repercutir en el ámbito emocional, conyugal y social de la mujer (1,7,10,15).

ANTECEDENTES HISTORICOS

La primera histerectomía abdominal fue practicada por Heat en el año de 1843 en Manchester Inglaterra. Es en el año de 1853 que se practica la primera histerectomía por miomatosis uterina y es atribuida a Burham. Stimpson de acuerdo a lo publicado en 1889 practicó sistemáticamente la ligadura de vasos ováricos y uterinos como paso previo a la histerectomía (6).

TECNICA QUIRURGICA

La técnica en la histerectomía se ha ido modificando con el tiempo, desde la práctica de la histerectomía -

- subtotal en que se dejaba el cérvix por las dificultades técnicas y grandes riesgos anestésicos, hemorrágicos e infecciosos que existían en la época, hasta las grandes exanteraciones pélvicas en procesos neoplásicos malignos de los genitales internos. El ginecólogo practica preponderantemente la histerectomía total por técnica extrafascial e intrafascial, siendo la segunda la más frecuentemente utilizada. La extirpación de los anexos (panhisterectomía) ha sido un tema de discusión y en general se practica a criterio del cirujano (1.7).

INDICACIONES

Las indicaciones más frecuentes de este procedimiento quirúrgico de acuerdo a lo señalado por Joel-Cohen (8) son :

- A) Enfermedades inherentes al útero.
- B) Enfermedades de los anexos.
- C) Hemorragias uterinas anormales.
- D) Lesiones traumáticas del útero.

A) Enfermedades inherentes al útero

De éstas las más frecuentemente encontradas han sido la miomatosis, adenomiosis, padecimientos premalignos del cuello y cuerpo uterino (8). D'Esopo ha sido más

- específico al puntualizar que en casos de miomatosis debe extirparse el útero "únicamente en pacientes sintomáticas y en la fibromiomatosis submucosa". En los casos de carcinoma in situ, ha señalado que deberá practicarse sólo a pacientes mayores de 30 años o con más de un hijo (9) .

B) Enfermedades de los anexos

Johel y Cohen indicaron esta intervención en casos de procesos infecciosos crónicos, enfermedades neoplásicas, etc.(8). La histerectomía debe ser practicada en mujeres mayores de 45 años portadoras de tumoraciones ováricas de cualquier naturaleza (9).

C) Hemorragias uterinas anormales

En estos casos cuando los métodos diagnósticos no hayan demostrado padecimientos específicos o que no hayan respondido a las medidas terapéuticas más sencillas debe practicarse el procedimiento.

D) Lesiones traumáticas del útero

De estas se considera especialmente las de origen obstétrico.

Para muchos otros autores, en su mayoría extranjeros, la gama de indicaciones es mucho más amplia e incluso

- hay quienes la han sugerido como práctica electiva y profiláctica contra el cáncer cervicouterino, otros, como método de interrupción del embarazo y o medida contraceptiva definitiva. Sus principales argumentos han sido que " la única función del útero es la reproducción, cumplida la cual se convierte en un órgano inútil, sangrante, fuente de diversos síntomas indeseables y portador potencial de cáncer, por lo que debe ser extirpado" (7).

Estudios recientes han demostrado que estas últimas indicaciones deben ser seriamente consideradas ya que el balance riesgo-beneficio parece inclinarse en contra de ellas y se ha considerado no justificable el someter a un método riesgoso a pacientes asintomáticas y libres de padecimientos que disminuyan su calidad de vida o pongan en riesgo su vida (10).

Cole y Berlin (11) mencionaron que las mujeres de 35 años de edad sólo logran el 0.2 de años de esperanza de vida más al realizárceles la histerectomía como profilaxis contra el cancer genital.

Del total de muertes en pacientes sometidas a histerectomía en el estudio de Phyllis (2) el 61% correspondieron a pacientes en las cuales se realizó como método de interrupción del embarazo y esterilización.

MORBIMORTALIDAD

Numerosos autores nacionales y extranjeros concuerdan que entre la cuarta parte y la mitad de las pacientes sometidas a histerectomía presentan morbilidad de diferente magnitud, secundaria al procedimiento (1,7,10,12).

Las principales complicaciones en orden decreciente de acuerdo a su frecuencia son :

1.- Urológicas :

- Lesión vesical de 1 a 16.4%
- Lesión de ureter de 0.2 a 0.8%
- infección urinaria de 4.1 a 44.0%

2.- Hemorrágicos : de 0.9 a 15.6%

3.- Infecciosas : de 0.2 a 16.4%

4.- Digestivas :

- Lesión intestinal de 0.2 a 1.8%
- Ileo paralítico de 0.6 a 5.6%

(1,7,10,12).

Existen secuelas tardías también inherentes al procedimiento y cuya trascendencia puede ser definitiva para la calidad de vida de las pacientes, como son alteraciones cardiológicas y vasculares (13), metabólicas (12,14) y psicológicas,

- llegando en ocasiones hasta casos de severa depresión (16,17).

La mortalidad asociada a la histerectomía se ha reportado en 0.1 hasta 0.2% (una a dos en 1000 pacientes) (1,4,7,9,10).

OBJETIVOS

Debido a que la histerectomía ocupa el primer lugar de las intervenciones ginecológicas practicadas en nuestro servicio, y conociendo la significativa morbimortalidad secundaria a este procedimiento, es necesario establecer los siguientes objetivos :

- 1.- Conocer las indicaciones más frecuentes de histerectomía abdominal y la frecuencia de cada una en el servicio de Ginecología .
- 2.- Determinar el porcentaje de casos en que se confirman los diagnósticos preoperatorios con los histopatológicos en las diferentes indicaciones de histerectomía.
- 3.- Correlacionar los métodos de estudio clínicos y los auxiliares del diagnóstico con los casos en que se confirmó el diagnóstico así como con aquellos en que no se confirmó.
- 4.- Conocer los más frecuentes hallazgos histopatológicos en piezas de histerectomía.
- 5.- Conocer el porcentaje de éxito diagnóstico del estudio ultrasonográfico ginecológico.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo y abierto de las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal en el Servicio de Ginecología de el Hospital Regional "20 de Noviembre" del ISSSTE, durante el periodo comprendido del 1° de Junio de 1988 al 31 de Mayo de 1989.

Se obtuvieron 7 grupos que incluyeron las patologías más frecuentes como indicación de histerectomía y se agruparon las variables de cada uno procesándolas con porcentajes y promedios.

Fueron incluidas en el estudio todas aquellas mujeres a las cuales se les practicó histerectomía total abdominal programada por el servicio de Ginecología del Hospital, durante el periodo mencionado.

Se excluyeron todas aquellas histerectomías practicadas por otro servicio. Fueron excluidas también aquellas histerectomías realizadas de "urgencia", las relacionadas con embarazo, así como las efectuadas por neoplasias malignas excepto el carcinoma in situ.

Las pacientes en las que se extravió su reporte del estudio histopatológico de las piezas quirúrgicas o en las que no se realizó dicho estudio fueron eliminadas del estudio.

De un total de 173 expedientes solicitados fueron

- proporcionados por el servicio de bioestadística del Hospital 133 expedientes para su revisión, y de éstos se eliminaron 6 por los criterios preestablecidos. Se aplicó una hoja de captación de datos elaborada previamente (ver página número 15).

Los principales datos analizados fueron con respecto a los antecedentes personales : la edad y el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria. De los gineco-obstétricos el número de embarazos (gravidez media) y pacientes menopáusicas. Se registraron antecedentes de alteraciones menstruales, historia de leucorrea, otros síntomas así como el número de pacientes asintomáticas.

Se practicó una evaluación del interrogatorio considerándolo insuficiente o inadecuado en aquellos expedientes donde faltaron algunos de los datos buscados. La exploración física se calificó de inadecuada en aquellos casos donde se omitieron datos en la descripción. También se practicó una evaluación global de la historia clínica y se consideraron con "datos insuficientes" para fundamentar el diagnóstico aquellos donde no se cumplió con las normas establecidas por la propedéutica clínica y sólo influyó el criterio personal del médico tratante.

Se determinó la frecuencia con que se utilizan otros métodos de estudio como son la citología exfoliativa por método de Papanicolaou , así como las biopsias cervicales y endometriales.

De los estudios de gabinete, el ultrasonido fué el más evaluado, registrando su frecuencia de utilización, y de los diagnósticos obtenidos por estudio ultrasonográfico el de miomatosis se correlacionó con el reporte histopatológico de cada uno de los casos con el propósito de conocer su porcentaje de éxito diagnóstico.

Para cada histerectomía se consideró el primero de los diagnósticos preoperatorios enlistados en la hoja quirúrgica. Para comparar estos diagnósticos con los hallazgos histopatológicos se dividieron los diagnósticos más frecuentes en dos grupos : (1) Aquellos que eran potencialmente confirmables por estudio histopatológico y (2) aquellos en que no es posible confirmarlos por el estudio. En el primer grupo, el diagnóstico preoperatorio es un proceso o una enfermedad que puede también ser un diagnóstico anatómico o histopatológico. En el segundo grupo, el diagnóstico es la descripción de un síntoma experimentado por la paciente y puede o no estar asociado a anomalías encontradas en el exámen patológico. Dentro del primer grupo se incluyeron los diagnósticos de miomatosis, hiperplasia endometrial, enfermedad pélvica inflamatoria, neoplasia cervical (displasia o carcinoma in situ), adenomiosis, endometriosis, tumor ovárico y otros. Dentro del segundo grupo solo se incluyó únicamente los trastornos del sangrado menstrual.

De los reportes de patología, se registró en cada caso los principales hallazgos de cada uno de 5 sitios anatómicos : cérvix, miometrio, endometrio, trompas de Falopio y ovarios. Se consideraron normales aquellas piezas de histerectomía en que el cérvix, endometrio, miometrio, salpinges y ovarios se reportaron como tales, o si la pieza no tenía otra anomalía que quistes funcionales ováricos o inflamación y o metaplasia del cérvix. Se determinaron los porcentajes de los diagnósticos preoperatorios potencialmente confirmables que fueron confirmados con el estudio patológico. De los diagnósticos no confirmables se determinaron los hallazgos patológicos asociados a ellos.

Se determinó el porcentaje de "exploración física adecuada" e "interrogatorio suficiente" en los casos en que coincidieron el diagnóstico preoperatorio con el histopatológico. Se determinó también el porcentaje de interrogatorio insuficiente y exploración física inadecuada en los casos que no se corroboró el diagnóstico.

Se determinó el porcentaje de expedientes que se consideró tenían datos suficientes para integrar el diagnóstico y aquellos en que no eran suficientes, de los casos en que se confirmó el diagnóstico y aquellos en que no se confirmó.

Se determinó el porcentaje de éxito diagnóstico de los métodos de estudio diagnóstico en el grupo de diagnósticos preoperatorios de miomatosis uterina, esto por ser el grupo mayor y por lo tanto el más demostrativo.

NUMBRE: _____ EXP. _____
EDAD: _____ MEDICO RESPONSABLE: _____

APP: HISTORIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA SI _____ NO _____
AGO: M. _____ RM. _____ DISMEN. L M S _____ NO _____
G _____ P _____ C _____ A _____ ECTOPICOS _____
MENOPAUSIA SI _____ NO _____
PA: LO INICIA HACE: MAS DE UN AÑO _____ 3 MESES A UN AÑO _____
MENOS DE 3 MESES _____
ALTS. MENSTRUALES NO _____ SI _____ MENORRAGIA _____ METRORRAGIA _____
DOLOR PELVICO NO _____ SI _____
SANGRADO POSTCOITO NO _____ SI _____ LEUCORREA SI _____ NO _____
ASINTOMATICA _____
INTERROGATORIO ADECUADO SI _____ INSUFICIENTE _____
EF: UTERO NORMAL _____ UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO SIN TUMORACION _____
UTERO CON TUMORACIONES _____ UT. AUMENTADO DE CONSISTENCIA _____
ANEXOS NORMALES _____ ENGROSADOS _____ DOLOROSOS _____ TUMOR _____
CERVIX: SANO _____ LESIONES CERVICALES _____
SIN DATOS A LA E.F. _____
E.F. INADECUADA _____ ADECUADA _____

LABORATORIO: ANEMIA _____ LEUCOCITOSIS _____ NL. _____
PAP: NORMAL _____ DISPLASIAS _____ CA IN SITU _____

BIOPSIA: ENDOMETRIAL: NORMAL _____ HIPERPLASIA _____
CERVICAL: NORMAL _____ DISPLASIA _____ CA IN SITU _____

GABINETE: USG: NL. _____ MIOMATOSIS _____ OTRAS TUMORACIONES _____
UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO SIN TUMORACIONES _____
ANEXOS CON TUMORACIONES _____

HIST. SALP. GRAFIA NO _____ SI _____ DIAGNOSTICA SI _____ NO _____
LAPAROSCOPIA: NO _____ SI _____ NORMAL _____ ENDOMETRIOSIS _____ P. PLAST. _____
TUMORACIONES _____ OTROS _____

DX. PREOPERATORIO: CUADRO CLIN. EXCLUSIVAMENTE _____ C.C. Y LAB. _____
C.C. Y GABINETE _____ LAB. EXCLUSIVAMENTE _____ LAB. Y GAB. _____
GABINETE EXCLUSIVAMENTE _____ LAPAROSCOPIA _____ BIOPSIA _____
C.C., LAB. Y GAB. _____

ENTIDAD PATOLOGICA QUE INDICO LA HISTERECTOMIA:
MIOMATOSIS (1) _____ ADENOMIOSIS (2) _____ HIPERPLASIA ENDOMETRIAL (3) _____
TRAST. DE SANGRADO MENSTR. (4) _____ DOLOR PELVICO (5) _____ E.P.I. (6) _____
ENDOMETRIOSIS (7) _____ NEOPLASIA CERVICAL (8) _____ OTROS (10) _____
FECHA CIRUGIA _____

DX. POSTOPERATORIO No _____ DX. HISTOPATOLOGICO No _____
SE CORROBORO DX. PREOPERATORIO SI _____ NO _____
SE REPORTA OTRA PATOLOGIA SI _____ NO _____
DX. ADECUADO DATOS SUFICIENTES: SI _____ NO _____
DX. INADEC. DAT. INSUFICIENTES: SI _____ NO _____

DX. HISTOPATOLOGICO (REPORTE):
CERVIX: NL. _____ NEOPLASIA _____ INFLAMACION _____ OTROS _____
MIOMETRIO: NL. _____ ADENOMIOSIS _____ MIOMATOSIS _____ AMBOS _____ OTROS _____
T. DE FALOPIO: SE DEJARON _____ NLS. _____ INFL. _____ ENDOM. _____ OTROS _____
OVARIOS: SE DEJARON _____ NLS. _____ INFL. _____ ENDOM. _____ QUISTES _____
OTRAS: _____

RESULTADOS

La edad promedio de las mujeres incluidas en el estudio fué de 42.9 años. La paciente de menor edad fué de 24 años y la de mayor de 76 años. La edad promedio por padecimiento se puede observar en el cuadro N°1 .

Se encontró que solo e 3 pacientes (2.36%) del total de pacientes hysterectomizadas tenían antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y de estas una correspondió al grupo de miomatosis . Las otras dos formaron el 100% del grupo con diagnóstico preoperatorio de enfermedad pélvica inflamatoria.

El 6.9% del total de pacientes eran meno páusicas, Su gravidez media fué de 3.76.

Los diagnósticos preoperatorios más frecuentes fueron la miomatosis (76%) y la hiperplasia endometrial (13%),(ver figura No 1) .Los diagnósticos menos frecuentes fueron la tumoración ovárica (1%) y elongación cervical (1%), por lo que se les unificó en el grupo de "otros padecimientos". No se encontraron casos con diagnóstico preoperatorio de endometriosis.

El 96% de las hysterectomías fueron practicadas por diagnósticos que eran potencialmente confirmables por estudio histopatológico (Grupo 1: miomatosis, hiperplasia

- endometrial, adenomiosis, neoplasia cervical, enfermedad pélvica inflamatoria y otros . El 4% restante tuvo un diagnóstico que no era potencialmente confirmable (Grupo 2 : trastornos del sangrado menstrual).

El cuadro N°2 enlista los hallazgos patológicos de las piezas de histerectomía con su distribución porcentual por sitio anatómico en cada uno de los grupos de diagnóstico preoperatorio. Los diagnósticos más frecuentes fueron la cervicitis y o metaplasia escamosa (inflamación cervical) en un 77%, y la miomatosis uterina en un 38%. El 9.4% de las piezas presentaron datos sugerentes de condiloma plano. Solamente en el 8% de las pacientes las salpinges y los ovarios no se extirparon, en las pacientes que se extirparon en su mayoría resultaron normales (82% y 79% respectivamente). Los quistes funcionales fueron los hallazgos más comunes en los ovarios. Se encontró que el 10.2% del total de las piezas de histerectomía no presentaban anomalías substanciales.

Sobre el total de diagnósticos potencialmente confirmables (Grupo 1) el 69% fué confirmado por estudio histopatológico. De los casos en que no se confirmó el diagnóstico el 26% presentó otra patología y el 10% fueron normales (Figura N°2). De este grupo el porcentaje más alto de confirmación del diagnóstico preoperatorio por estudio histopatológico lo tuvo la hiperplasia endometrial con un 94%, en el 6% restante se reportó otra patología.

En el grupo de miomatosis uterina, el cual fué el más grande (97 pacientes) se confirmó en un 65% de los casos el diagnóstico preoperatorio, del 35% en que no se corroboró se encontró otra patología en el 25% y un 10% de piezas normales (Fig.3).

Dentro del grupo número dos (diagnósticos no potencialmente confirmables con estudio histopatológico) se encontraron sólo 5 pacientes (4% del total de pacientes), 4 de ellas (80%) presentó otras patologías (ver cuadro N° 3), y una (20%) se encontró libre de patología.

Los síntomas más frecuentemente asociados en general a las indicaciones de histerectomía abdominal fueron la hemorragia transvaginal, el dolor y la leucorrea. La hemorragia se presentó en 4 de los grupos (miomatosis, hiperplasia endometrial, trastornos del sangrado menstrual y adenomiosis). En cada uno de estos el porcentaje de presentación fué muy alto (por arriba del 73%). El dolor se presentó más frecuentemente en el grupo de enfermedad pélvica inflamatoria (100%) y la miomatosis (41%). La leucorrea se presentó en el 100% del grupo de neoplasia cervical y sólo el 1% del total de pacientes presentó otra sintomatología y este correspondió a la elongación cervical (sensación de cuerpo extraño en vagina). (Ver cuadro N° 4).

De el total de casos se encontró que en el 72% se había realizado un interrogatorio adecuado, y en el 77% una exploración física también adecuada (cuadro

- número 5).

De todos los diagnósticos preoperatorios enlistados la enfermedad inflamatoria pélvica y la hiperplasia endometrial presentaron los más altos porcentajes de interrogatorio adecuado (100 y 88% respectivamente), el porcentaje de exploración física adecuada más alto lo presentó la adenomiosis (100%) y la hiperplasia endometrial también 100%.

En el cuadro N° 6 podemos observar que los porcentajes más altos de interrogatorio y exploración física adecuados correspondieron a los casos en que se corroboró los diagnósticos preoperatorios (por ejemplo 74% y 87% respectivamente en miomatosis y 94% y 94% respectivamente en hiperplasia endometrial). En los casos que no se corroboró el diagnóstico, aproximadamente el 50% de las pacientes fueron interrogadas y exploradas inadecuadamente (Ver cuadro No 6).

De el grupo de miomatosis en que se corroboró el diagnóstico, el 73% presentó datos suficientes en el expediente para integrar el diagnóstico, mientras que en las que no se confirmó se encontró un 87% con datos insuficientes para integrar el diagnóstico. En el grupo de hiperplasia endometrial en el 94% de los diagnósticos confirmados se encontró datos suficientes y de los no confirmados se encontró el 100% (de un caso uno). Ver cuadro N° 7).

- se confirmó en 54 (Cuadro 8).

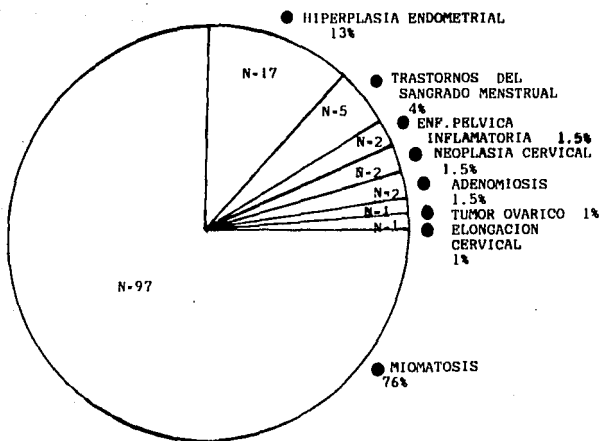
Finalmente al correlacionar el método diagnóstico con su porcentaje de éxito obtenido (cuadro N° 9) se encontró que en los casos que se hizo el diagnóstico exclusivamente por cuadro clínico sólo se obtuvo un 40% de éxito, cuando se utilizó el cuadro clínico junto con el estudio ultrasonográfico se obtuvo el 70%, los casos diagnosticados sólo por ultrasonido se corroboraron en un 75% (3 de 4 casos).

Se encontró que el 10% de las pacientes con miomatosis uterina estaban asintomáticas y su diagnóstico fué sólo un hecho casual, dentro de este grupo de pacientes con diagnóstico preoperatorio de miomatosis el 10% de las piezas de histerectomía no presentó alteraciones de importancia.

CUADRO N° 1EDAD PROMEDIO POR PADECIMIENTO

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	EDAD PROMEDIO
MIOMATOSIS	42.6 años
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	43.8 años
TRASTORNOS DEL SANGRADO MENST.	45.6 años
ENF. PELVICA INFLAMATORIA	29 años
ADENOMIOSIS	36 años
NEOPLASIA CERVICAL	55 años
OTROS	52.5 años

FIGURA N° 1

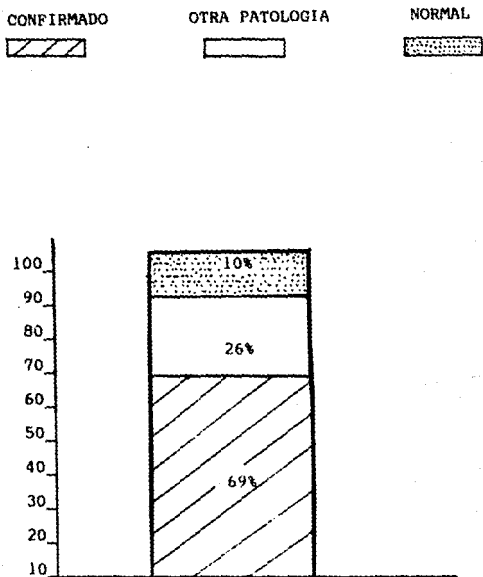


Distribución de los diagnósticos preoperatorios para histerectomía abdominal en 127 pacientes.

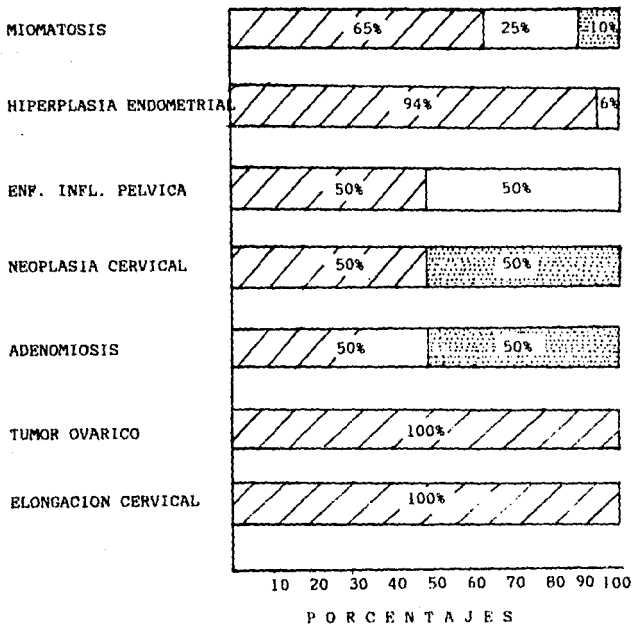
CUADRO N° 2

Distribución porcentual de los diagnósticos histopatológicos en piezas de histerectomía por sitio anatómico en los diagnósticos preoperatorios más frecuentes.

SITIO ANATOMICO	DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	DIAGNOSTICO PREOPERATORIO							TOT.
		MIOMATOSIS n. 97	TRAST. SANG. MENST n. 5	HIPERPL. ENDOM. n. 17	ADENOMIOSIS n. 2	E. P. I. n. 7	NEOP CERV n. 2	OTROS n. 2	
CERVIX	NORMAL	15%	0%	19%	50%	50%	50%	50%	17%
	NEOPLASIA	5%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	5%
	INFLAMACION	79%	80%	82%	50%	50%	50%	0%	77%
	OTROS	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
MIOMETRIO	NORMAL	15%	60%	47%	50%	50%	50%	0%	23%
	MIOMATOSIS	44%	20%	18%	0%	0%	0%	50%	38%
	ADENOMIOSIS	19%	20%	29%	50%	50%	50%	50%	22%
	AMBOS	20%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	16%
OTROS	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	
ENDOMETRIO	NORMAL	87%	80%	17%	100%	100%	50%	50%	76%
	HIP. QUIST.	1%	0%	6%	0%	0%	50%	50%	3%
	HIP. ADEN. SIMP.	7%	0%	60%	0%	0%	0%	0%	13%
	HIP. ADEN. C/ATIPIA	3%	20%	17%	0%	0%	0%	0%	6%
OTROS	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	
T. FALOPIO	SE DEJARON	9%	40%	0%	50%	50%	50%	0%	11%
	NORMALES	86%	40%	94%	50%	50%	50%	50%	82%
	INFLAMACION	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
	ENDOMETRIOSIS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	1%
OTROS	3%	20%	6%	0%	0%	0%	0%	4%	
OVARIOS	SE DEJARON	6%	40%	0%	50%	50%	50%	0%	8%
	NORMALES	83%	40%	88%	50%	0%	50%	50%	79%
	INFLAMACION	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	1%
	ENDOMETRIOSIS	3%	20%	0%	0%	0%	0%	50%	4%
	QUISTES	5%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	5%
OTROS	3%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	3%	

FIGURA N° 2

Todos los diagnósticos preoperatorios
potencialmente confirmables

FIGURA N° 3**DIAGNOSTICO PREOPERATORIO VS. HISTOPATOLOGICO**

CONFIRMADO



OTRA PATOLOGIA



NORMAL



CUADRO N° 3

Hallazgos patológicos en piezas de histerectomía con diagnósticos preoperatorios que nos son potencialmente confirmables por estudio histopatológico.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	No de casos	Porcentaje	Hallazgo patologico
TRASTORNOS DEL SANGRADO MENSTRUAL	1	20%	Adenomiosis
	1	20%	Neoplasia cervical
	1	20%	Hiperplasia Endometrial
	1	20%	Miomatosis endometriosis hip. end.
	1	20%	Normal

CUADRO N° 4SINTOMAS MAS FRECUENTEMENTE ASOCIADOS

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	HEMORRAGIA TRANSVAGINAL	DOLOR	LEUCORREA	OTROS	ASINTOMATICAS
MIOMATOSIS	73%	41%	3%	0%	10%
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	100%	24%	18%	0%	0%
TRASTORNOS DEL SANG. MENST.	100%	40%	20%	0%	0%
ENF. PELV. INFLAMATORIA	0%	100%	50%	0%	0%
ADENOMIOSIS	100%	50%	0%	0%	0%
NEOPLASIA CERVICAL	0%	0%	100%	0%	0%
TUMOR OVARICO	0%	0%	0%	0%	100%
ELONGACION CERVICAL.	0%	0%	0%	100%	0%

CUADRO N° 5

Evaluación de interrogatorio y exploración física preoperatoria de 127 pacientes sometidas a histerectomía abdominal.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	INTERROGATORIO ADECUADO		EXPLORACION ADECUADA	
	N° de Casos	porcentaje	No de Casos	porcentaje
MIOMATOSIS .	67	69%	72	74%
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	15	88%	16	94%
TRASTORNOS DEL SANG. MENST.	4	80%	3	60%
ENF. PELVICA INFLAMATORIA	2	100%	2	100%
ADENOMIOSIS	1	50%	2	100%
NEOPLASIA CERVICAL	1	50%	1	50%
OTROS	1	50%	1	50%
TOTAL	91	72%	98	77%

CUADRO N° 6

Evaluación de interrogatorio y exploración física por separado en los casos en que se corroboró el diagnóstico y aquellos en que no se corroboró.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	SE CORROBORO CON E. HISTOPAT		NO SE CORROBORO	
	INTERROGATORIO SUFICIENTE	E. FISICA ADECUADA	INTERROGATORIO INSUFICIENTE	E. FISICA INAD.
MIOMATOSIS	74%	87%	53%	47%
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	94%	94%	0%	0%
ENF. PELVICA INFLAMATORIA	100%	100%	0%	0%
NEOPLASIA CERVICAL	50%	50%	50%	50%
ADENOMIOSIS	50%	100%	50%	100%
OTROS(*)	100%	100%	100%	100%

* Se incluyó en otros un caso de tumor ovárico y uno de elongación cervical.

CUADRO N° 7

Evaluación global de los datos obtenidos del expediente de las pacientes sometidas a histerectomía y su correlación con los casos en que se confirmó el diagnóstico y aquellos en que no se confirmó.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	CONFIRMADO				NO CONFIRMADO			
	DATOS SUF.		DATOS INSUF.		DATOS SUF.		D. INSUF.	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
MIOMATOSIS	49	(73)	18	(27)	4	(13)	26	(87)
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	16	(94)	-----		1	(6)	-----	
TRASTORNOS DEL SANGRADO MENST.	-----		-----		2	(40)	3	(60)
ENF. PELVICA INFLAMATORIA	1	(50)	-----		1	(50)	-----	
NEOPLASIA CERVICAL	1	(50)	-----		1	(50)	-----	
ADENOMIOSIS.	1	(50)	-----		-----		1	(50)
TUMOR OVARICO	1	(100)	-----		-----		-----	
ELONGACION CERVICAL	1	(100)	-----		-----		-----	

CUADRO N° 8

REPORTE ULTRASONOGRAFICO DE MIOMATOSIS		SE CORROBORO CON ESTUDIO HISTOPATOLOGICO	
NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
76	100%	54	71%

Correlación entre el número de pacientes en las cuales el estudio ultrasonográfico reportó miomatosis uterina y el número en las que se corroboró dicho diagnóstico por estudio histopatológico.

CUADRO N° 9

METODO DIAGNOSTICO	N° DE PACIENTES EN LAS QUE SE UTILIZO	PORCENTAJE DE EXITO DIAGNOSTICO
CUADRO CLINICO EXCLUSIVAMENTE	20	40%
CUADRO CLINICO Y ULTRASONIDO	73	70%
ULTRASONIDO UNICAMENTE	4	75%
TOTAL	97	65%

Porcentajes de éxito diagnóstico de acuerdo al
método diagnóstico en sospecha
de miomatosis uterina.

COMENTARIO

La edad promedio de las pacientes incluidas en el presente estudio difiere a lo referido en trabajos extranjeros previos (10) ya que en nuestro grupo se situó dentro de la 5a década de la vida (42.9 años) en comparación con la 4a década de la vida referida en dichos trabajos. Sin embargo concuerda con la estadística del país registrada en trabajos anteriores (1.9).

La gravidez media de las pacientes de nuestro estudio fué de 3.76 ligeramente mayor a las estadísticas americanas (3.1).

Sólo el 2.6% de nuestras pacientes tenía antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria. Y curiosamente sólo el 6.9% eran menopáusicas a pesar de que la mayoría se encontraba en la quinta década de la vida. Esto puede ser atribuido directa o indirectamente a que la mayoría de ellas presentaban padecimientos que condicionan alteraciones en el sangrado menstrual o específicamente metrorragias, (74% del total de pacientes).

Los diagnósticos preoperatorios más frecuentes fueron el de miomatosis e hiperplasia endometrial de acuerdo a lo reportado por autores nacionales (7), pero difiriendo con autores extranjeros en el segundo lugar quienes mencionan lo ocupa los trastornos del sangrado menstrual. El porcentaje de frecuencia de miomatosis como diagnóstico preoperatorio se aproxima a lo mencionado por autores nacionales (entre 70 y 85%) en comparación con sólo el 30% mencionado por extranjeros (10,15).

Pocos trabajos anteriores han realizado un reporte de la distribución porcentual de hallazgos histopatológicos en las piezas de histerectomía, los porcentajes determinados en nuestro estudio concuerdan con lo reportado y se encontró que los hallazgos más frecuentes son la cervicitis y la miomatosis .

Existe poca información en la literatura ginecológica internacional acerca de comparaciones entre diagnóstico preoperatorio y diagnóstico histopatológico. En 1946 un estudio retrospectivo de histerectomías reportó que el estudio patológico confirmó el diagnóstico clínico en el 50% de los casos y que el 31% de las piezas se encontraron normales. Otras series han reportado que del 9 al 15% eran normales. Uno de los últimos estudios americanos reportó un 80% de diagnósticos confirmados con sólo un 8% de piezas normales. En nuestro estudio

- encontramos que el 69% de los diagnósticos se confirmaron, el 26% presentó otra patología y el 10% de las piezas fue normal.

Dentro del grupo de diagnósticos no potencialmente confirmables encontramos en un 80% patología no sospechada previamente y que probablemente pasó desapercibida por un estudio inadecuado o poco acucioso. El 20% restante correspondió a piezas normales.

De el total de casos se encontró que sólo en aprox. 70% se había realizado un interrogatorio y exploración física adecuados, siendo que lo esperado es que se realice adecuadamente en cualquier paciente.

En los diagnósticos preoperatorios con el porcentaje más alto de confirmación se encontró que también presentaban los porcentajes más altos de interrogatorio y exploración física adecuados. Por el contrario en los casos en que no se corroboró el diagnóstico se encontraron que en el 50% las pacientes fueron interrogadas y exploradas inadecuadamente.

De el total de expedientes en que se corroboró el diagnóstico se encontró que el 73% tenía datos suficientes para integrar el diagnóstico enlistado, sin embargo en el 87% de aquellos en que no se confirmó no se encontraron datos suficientes para integrar un diagnóstico, por lo que se concluye que se utilizó únicamente el criterio "intuitivo" de los médicos tratantes, con un mal resultado.

De los métodos auxiliares en el diagnóstico la citología exfoliativa fué el más ampliamente utilizado, sin embargo en aquellos casos en que se diagnosticó patología cervical neoplásica se omitieron estos diagnósticos en el enlistado preoperatorio, esto puede ser por haberse practicado métodos terapéuticos previos a la histerectomía o por falta de acuciosidad en la revisión del expediente de la paciente que se vá a operar.

En cuatro pacientes se hizo el diagnóstico de miomatosis exclusivamente por ultrasonido y en 3 de ellas se confirmó el diagnóstico, sin embargo se encontró que dichas pacientes eran completamente asintomáticas y el diagnóstico fué un hallazgo casual. En la paciente que no se corroboró el diagnóstico se encontró por el reporte histopatológico un carcinoma in situ cervical y el cual había pasado desapercibido en el estudio preoperatorio. De el total de estudios ultrasonográficos que reportaron miomatosis uterina se encontró al correlacionarlo con el reporte patológico una falla de 29% , lo cual no corresponde a lo reportado en la literatura internacional ya que se menciona entre un 80 a 90% de confiabilidad. Al analizar los casos en que no se corroboró el diagnóstico ultrasonográfico de miomatosis se apreció que en su mayoría se había reportado como "miomatosis incipiente" de acuerdo a los hallazgos en las dimensiones uterinas y el grosor de su pared.

Se reportó como hallazgo patológico adenomiosis en el 22% del total de piezas estudiadas, por lo que debe ser considerado este diagnóstico con mayor frecuencia sobre todo en casos en que los hallazgos clínicos y ultrasonográficos coinciden en dimensiones uterinas aumentadas pero con ausencia de tumoraciones.

Dentro del grupo de pacientes con diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterinas se encontró que el 10% se encontraban asintomáticas y su diagnóstico sólo fué casual, así mismo se encontró que el 10% de éste grupo presentó piezas de histerectomía sin alteraciones. Estos son desde luego hechos importantes a considerar ya que se pueden tomar como argumentos para denominar a una histerectomía como "innecesaria".

En la actualidad ha habido una considerable controversia entre ginecólogos al intentar determinar las indicaciones "justificables" para histerectomía y no siempre se concuerda en la necesidad de una histerectomía. Es por esto que al determinar la frecuencia de histerectomías innecesarias no se realizó ya que hubiera intervenido obviamente el criterio del autor el cual puede diferir con el de otros de acuerdo a las corrientes y criterios que se utilicen en sus campos de trabajo.

CONCLUSIONES

- 1.- La mayoría de las pacientes sometidas a histerectomía total abdominal en el servicio de Ginecología del Hospital Regional "20 de Noviembre" se encuentran dentro de la 5a década de la vida.
- 2.- Las indicaciones más frecuentes de histerectomía son miomatosis uterina y la hiperplasia endometrial.
- 3.- Los hallazgos patológicos más frecuentes en las piezas de histerectomía son la cervicitis y la miomatosis uterina.
- 4.- El porcentaje de confirmación de los diagnósticos preoperatorios con los histopatológicos es del 65% .
- 5.- La frecuencia de confirmación de los diagnósticos preoperatorios está estrechamente relacionada con un interrogatorio y exploración física adecuados así como el tener la mayor cantidad de datos que ayuden a integrar los diagnósticos.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 6.- El ultrasonido es el principal estudio de gabinete auxiliar en el diagnóstico y su confiabilidad es sólo del 71% de acuerdo a lo encontrado en el presente estudio.

- 7.- El porcentaje de corroboración del diagnóstico preoperatorio se incrementa importantemente al combinar los hallazgos clínicos con los métodos auxiliares del diagnóstico.

- 8.- Es labor del ginecólogo ofrecer el mayor porcentaje de éxito diagnóstico y terapéutico, y practicar estudios y evaluaciones acuciosos de cada caso para evitar someter a las pacientes a actos quirúrgicos riesgosos innecesariamente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ahued Ahued J R. Morbilidad en la Histerectomía Abdominal ;Reporte de 500 casos.Ginec Obstet Mex 1984; 52:175-78.
- 2.- Phyllis A,Wingo M.The Mortality Risk Associated With Hysterectomy Am J Obstet Gynecol 1985;152:803-808.
- 3.- Amrika H,Evans T.Ten Year Review of Hysterectomies Trends,Indications and Risk.Am J Obstet Gynecol 1979; 134:431.
- 4.- Stumpf G, Ballard A.Abdominal Hysterectomy for Abortion Sterilization.Am J Obstet Gynecol 1980;136:714-720.
- 5.- Atrash K,Peterson B.The Risk of Death From Combined Abortion Sterilization Procedures:Can Hysterotomy orHysterectomy be Justified.Am J Obstet Gynecol 1982; 142:69-74.
- 6 - Te Linde R.Te Linde's Operative Gynecology.Sixth Edition Lippincott Ed Philadelphia 1985.
- 7.- Delgado J.Histerectomía abdominal estudio de 300 casos. GinecolObstet Mex 1982;50:57-68.
- 8.- Johel-Cohen s.Lugar de la Histerectomía Abdominal Temas Actuales Ginec Obstet Mex 1978
- 9.- Bravo S.La Morbilidad en Histerectomía Abdominal y en Histerectomía Vaginal.Ginecol Obstet Mex 197333 505-17.

- 10.- Easterday L,David A. Hysterectomy in the United States.
Obstet Gynecol 1983;62:203-212.
- 11.- Cole P,Berlin J. Elective Hysterectomy.Am J Obstet
Gynecol 1977;129:117-23.
- 12.- Dicker,Greespan R. Complications of Abdominal and Vaginal
Hysterectomy Among Women of Reproductive Age in The
United States. Am J Obstet Gynecol 1982;144:841-48.
- 13.- Centerwall S. Premenopausal Hysterectomy and Cardiovasc-
ular Disease.Am J Obstet Gynecol 1981;139:58-61.
- 14.- O Käser,V Friedberg. Ginecología Especial.Barcelona
España, 1974;3.
- 15.- Lee C,Richard C. Confirmation of the Preoperative Diag-
noses for Hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1984;150:
283-87.
- 16.- Gallo D. Implicaciones Sicológicas Relacionadas con
Histerectomía. Ginecol Obstet Mex 1980;26:437-44.
- 17.- Richards H. Depression After Hysterectomy.Lancet 1973;
25:430-432.
- 18.- Wright C.Hysterectomy:Past, Present and Future. Obstet
Mex 1975;37:375-381.
- 19.- Sumpf G. Prophylactic Histerectomy and Oophorectomy
in Young Woman. J A M A 1984;5:1119-30.
- 20.- Gertman M,Debra. A Second Opinion for Elective Surgery.
Engl J Med 1980;302:1169-74.