



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
VERACRUZ



REPORTE DE PATOLOGIA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR MIOMATOSIS UTERINA

TESIS DE POSGRADO

Para obtener el título de especialista en:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presenta

Dr. Benjamín Isaí Molina Solís

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Fernando Glauco Díaz Blanco

ASESOR METODOLÓGICO

Dr. Enrique Alejandro Sánchez Valdivieso



VERACRUZ, VER. MARZO 2015

No. Registro HAEV: 043/2014

AUTORIZACIÓN DE TESIS DE POSGRADO

“REPORTE DE PATOLOGIA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR MIOMATOSIS UTERINA”

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

Dr. Benjamín Isaí Molina Solís

FIRMA: _____

NOMBRE DEL DIRECTOR DEL PROYECTO

Dra. Fernando Glauco Díaz Blanco

FIRMA: _____

NOMBRE DEL ASESOR METODOLÓGICO

Dr. Enrique A. Sánchez Valdivieso

FIRMA: _____

NOMBRE DEL JEFE DE SERVICIO

Dr. Avelino Guardado Sánchez

FIRMA: _____

**DEPARTAMENTO DE EDUCACION
E INVESTIGACIÓN**

DIRECTOR GENERAL EJECUTIVO

DRA. AMPARO SAUCEDO AMEZCUA

DR. HUGO ZÁRATE AMEZCUA

Con copia para:

- Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación.
- Comisión de Investigación y Bioética del Hospital.

No. Registro HAEV: 043/2015

AUTORIZACIÓN DE TESIS DE POSGRADO

NOMBRE DEL JEFE DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE: Dra. Verónica Montes Martínez

FIRMA: _____

H. Veracruz, Ver. A 1 de Octubre de 2014
ASUNTO: Asesoría de tesis de posgrado

Dr. Fernando Glauco Díaz Blanco

Me permito solicitar a usted la Asesoría y Dirección de la Tesis de Posgrado, por ser requisito indispensable para la liberación de la Residencia de ginecología y obstetricia que realizo en esta Institución de Salud.

Título del Proyecto:

REPORTE DE PATOLOGIA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR MIOMATOSIS UTERINA

Por lo antes expuesto, si no tiene inconveniente, acepte la petición con el fin de dar inicio y presentarlo en los tiempos establecidos. Agradeciendo de antemano su atención y apoyo para la realización de este Trabajo.

ATENTAMENTE

DR. Benjamín Isaí Molina Solís

Con copia para:

- Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación.
- Comisión de Investigación y Bioética del Hospital.

AGRADECIMIENTOS

A Dios porque creo fielmente en El y sé que sin su presencia nada sería posible, por darme la fuerza y la capacidad para terminar este proyecto.

A Gaby mi esposa por darme todo su amor y apoyo durante estos cuatro años, por ser esa mitad que necesito día a día por enseñarme que todo es posible y que nunca es suficiente. Por todo esto y mucho más gracias.

A mis padres por darme su apoyo incondicional y la educación que todo ser humano necesita para ser de bien ante la sociedad no solo como persona sino también como médico.

A mi hermano y su familia por su apoyo y por ser parte de este proyecto.

A mis maestros que desde el primero hasta el último día me han instruido para poder llevar a cabo esta grandiosa especialidad por todo su apoyo.

A mis compañeros médicos residentes que estuvieron conmigo durante toda esta aventura, que Dios los bendiga en sus caminos. Gracias.

Al Doctor Fernando Díaz Blanco por su guía, colaboración y dirección durante todo este proyecto, muchas gracias.

Al doctor Enrique Sánchez Valdivieso por su asesoría y tiempo dedicado en el desarrollo de este proyecto .Gracias.

REPORTE DE PATOLOGIA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR MIOMATOSIS UTERINA

RESUMEN

Antecedentes: La miomatosis uterina es una patología muy común dentro de la práctica diaria en el servicio de ginecología, sin embargo, el diagnóstico presuntivo prequirúrgico no es concordante con el análisis histopatológico final, por lo que el conocer el resultado histopatológico posterior a la realización de histerectomía por probable miomatosis uterina permitirá establecer procesos terapéuticos complementarios más precisos en caso de requerirlos.

Objetivo: Determinar el reporte de patología en pacientes histerectomizadas por miomatosis uterina en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, del 01 de marzo 2012 al 28 de febrero 2013, se revisaron los expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de selección, y se realizó un análisis estadístico descriptivo con los datos obtenidos de ellos.

Resultados: Se realizó una revisión de 171 pacientes post-operadas de histerectomía; La prevalencia de pacientes sometidas a cirugía fue de 86.8%, la edad promedio de los pacientes que se incluyeron en esta investigación fue de 42.9 (DE±6.4) años. El 100% ingreso a cirugía con diagnóstico de miomatosis uterina, los reportes de histopatología reportaron como diagnóstico único "miomatosis uterina" en 90 (52.6%) casos y 81 (47.36%) pacientes tuvieron diagnóstico conjunto o diferente a "miomatosis uterina".

Conclusiones:

La prevalencia de resolución de probable miomatosis uterina es similar a lo reportado en la literatura y los registros de las muestras histopatológicas más frecuentes difieren de la reportada en la literatura.

Palabras Clave: Miomatosis Uterina, Biopsia, Histopatología.

PATHOLOGY REPORT IN HYSTERECTOMYZED PATIENTS BECAUSE OF UTERINE FIBROIDS

ABSTRACT

Background: Uterine fibroids are very common inside daily practice in the service of gynecology, nevertheless, the presumptive preoperative diagnosis is not consistent with the final histopathological analysis; so knowing the histopathological outcome before performing hysterectomy for probable uterine fibroids will allow to stablish more precise therapeutic complementary processes in case of needing them.

Objective: Determine the pathology report in hysterectomized patients because of uterine fibroids in High Specialty Hospital of Veracruz.

Material and method: An observational, cross-sectional, retrospective, descriptive study was realized in the High Specialty Hospital of Veracruz, from March 1st, 2012 to February 28th, 2013. Medical records that expired with the criteria of selection were reviewed, and there was realized a statistical descriptive analysis by the information obtained of them.

Results: There was realized a review of 171 patients that had an operation of hysterectomy; the prevalence of patients undergoing surgery was 86.8%, the average age of the patients included in this study was 42.9 (SD \pm 6.4) years. 100% were admitted for surgery diagnosed with uterine fibroids, histopathology reports reported as a single diagnosis "uterine fibroids" in 90 (52.6%) cases and 81 (47.36%) patients had joint or different diagnosis from "uterine fibroids".

Conclusions:

The prevalence of resolution of probable uterine fibroids is similar to that reported in the literature. The records of the most frequent histopathological specimens differ from that reported in the literature.

Key words: Uterine fibroids, Biopsy, Histopathology.

ÍNDICE

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN -----	1
ANTECEDENTES -----	2
JUSTIFICACIÓN -----	10
OBJETIVOS -----	12
MATERIAL Y METODOS-----	13
RESULTADOS -----	14
DISCUSIÓN -----	16
CONCLUSIÓN -----	18
REFERENCIAS -----	19
ANEXOS -----	21
TABLAS Y GRAFICAS -----	22

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad la histerectomía abdominal es la cirugía ginecológica más común, siendo el diagnóstico de miomatosis uterina la indicación principal de esta cirugía. En ciertos casos, se puede extirpar un útero “normal”, desde el punto de vista anatómico-patológico como parte de una operación realizada, para tratar incontinencia urinaria, prolapso de la pelvis, adenomiosis, endometriosis, como parte de la rutina de algún tipo de cáncer ginecológico. Muchas veces no existe una anomalía histopatológica o anatómica en el útero, algunos críticos han etiquetado, rápidamente estos procedimientos como “histerectomías innecesarias”, aunque sin lugar a duda es una realidad que se realizan histerectomías que no están indicadas y otras se efectúan por indicaciones dudosas. Los cirujanos necesitan revisar constantemente las prácticas para estar seguros y actualizados con las recomendaciones aceptadas para la realización de la histerectomía.

ANTECEDENTES.

Los fibromas uterinos, tumores del músculo liso uterino, también conocidos como miomas o leiomiomas, se encuentran en al menos 20% a 25% de las mujeres mayores de 35 años. Una serie de casos recientes ha mostrado su presencia en el 50% de las autopsias en las mujeres, lo que sugiere que la frecuencia de estos tumores puede ser aún mayor. Se calcula que del 20% al 50% de estos tumores causan síntomas, principalmente menorragia, infertilidad, pérdida recurrente de embarazos y presión pélvica, lo suficientemente severos como para requerir tratamiento (1). El tratamiento estándar para los fibromas uterinos sintomáticos siempre ha sido quirúrgico, la histerectomía o, en las mujeres que desean preservar su fertilidad, el procedimiento más conservador de la miomectomía. Los fibromas representan una de las indicaciones más frecuentes para una cirugía mayor en las mujeres premenopáusicas y como tal, constituyen un costo importante para la salud pública.

DEFINICION

Los miomas uterinos también se conocen como leiomioma uterino, mioma o fibromioma y son crecimientos benignos no cancerosos en el útero. Los miomas son los tumores benignos más frecuentes en las mujeres (25-30%) y se encuentran habitualmente durante las etapas intermedia y tardía de la edad reproductiva. Los síntomas frecuentes incluyen menorragia, dolor menstrual, presión en el abdomen inferior, infertilidad o aborto espontáneo. (2)

CLASIFICACION

Se clasifican de acuerdo a su localización, cuando la célula de origen se encuentra cerca de la superficie de la serosa el crecimiento es hacia la cavidad peritoneal y a estas lesiones se les llama miomas serosos o subserosos; cuando la célula miometrial se encuentra dentro del miometrio se le denomina intramural; cuando la tumoración se encuentra cerca del endometrio para crecer hacia este se le llaman miomas submucosos; estas últimas lesiones son las que más se asocian a menorragia y dismenorrea. Cuando el mioma protruye hacia la cavidad endometrial aparecería un mioma intracavitario pediculado (3,4).

ETIOLOGÍA

Aunque la patogenia de los fibromas no está bien establecida, se ha reconocido que el crecimiento y el mantenimiento de los fibromas son estimulados por el estrógeno y son afectados por los cambios cíclicos hormonales. Se han identificado receptores de progesterona y estradiol en el tejido miomatoso y los fibromas pueden responder a la manipulación hormonal terapéutica. Por lo tanto, si se pudiera inducir un estado de secreción reducida de estrógeno, esto podría resultar en la reducción del crecimiento de fibromas e incluso su regresión (5,6)

FISIOPATOLOGÍA

La génesis de la miomatosis uterina todavía no es clara. Se han involucrado varios factores en el inicio y crecimiento de los miomas que dan como resultado una proliferación incontrolada del músculo liso uterino, originalmente normal. Entre dichos elementos se incluyen aumento del número de receptores para estrógenos y progesterona, así como sitios específicos de reconocimiento para factor liberador de hormona luteinizante (LH-RH) a nivel del músculo liso del mioma, que varían su concentración dependiendo de la fase del ciclo menstrual. Los estrógenos y la progesterona modulan la expresión de diversos factores de crecimiento como: Factor de crecimiento epidermoide (FCE), factor de crecimiento insulinoide tipos I y II (FCI I y II) y factor de crecimiento de queratinocitos e insulina, que influyen en el crecimiento de los miomas. En el miometrio hay además endotelina A, que estimula la síntesis de DNA, división celular e hipertrofia de miocitos, fibroblastos y células mesangiales. Otro hallazgo es la proteína Bcl-2, inhibidora de apoptosis que se expresa abundantemente en los miomas y, que aumenta su efecto con la progesterona y su expresión se mantiene en el tratamiento con análogos agonistas de LH-RH. Otros mediadores son el péptido relacionado con la paratohormona (PTHrP), que aumenta el crecimiento celular local en forma autocrina y paracrina y el factor supresivo tumoral, con expresión menor en los miomas grandes: > 120 cc de volumen. Los miomas uterinos son tumores monoclonales en los que existen aberraciones cromosómicas hasta en 40% de los casos, principalmente anormalidades del brazo corto del cromosoma 6, depleción del brazo largo del cromosoma 7 y desregulación del gen HMGIC. (7)

TRATAMIENTO

El tratamiento de los fibromas uterinos depende de la edad de la paciente, la paridad, los síntomas y el deseo de conservar la fertilidad. Las mujeres con fibromas sin síntomas generalmente se tratan de forma expectante (o sea, mediante observación) ya que no se han identificado alternativas médicas efectivas y el crecimiento clínicamente relevante de las lesiones es poco frecuente e impredecible. En los casos sintomáticos, en general se consideran efectivos los enfoques quirúrgicos que incluyen la Histeroscopia para los fibromas intracavitarios y la laparotomía o laparoscopia para las lesiones intramurales y subserosas, pero son invasivos y costosos. Los tratamientos como la embolización bilateral de la arteria uterina (embolización del mioma), la miólisis laparoscópica, y el ultrasonido focalizado guiado por imagenología (resonancia magnética nuclear), son otras opciones en el tratamiento de los fibromas, aunque actualmente no están apoyados por ensayos controlados aleatorizados.

El tratamiento médico que incluye agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), andrógeno, anti-progesterona, anticonceptivos orales, moduladores selectivos de receptores estrogénicos (SERM) y el sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU de levonorgestrel), tiene como objetivo principal aliviar o eliminar los síntomas relacionados con los fibromas mediante la disminución del tamaño de estos y la cantidad de la hemorragia. El tratamiento médico también se utiliza como una medida preoperatoria o combinado con tratamientos quirúrgicos (8,9).

Los progestágenos se pueden administrar de diversas formas, como las vías inyectable u oral. El acetato de medroxiprogesterona de liberación lenta (DMPA) es una hormona de progesterona sintética administrada por vía intramuscular que podría inhibir el crecimiento de los miomas uterinos (10). El sistema intrauterino que libera progestágeno (levonorgestrel) (SIU-LNG) es un dispositivo capaz de inhibir el endometrio. Este dispositivo se coloca dentro del útero, donde libera la progesterona. La reducción del tamaño del mioma no es significativa, ya que en un estudio que incluyó a 56 pacientes tratadas con progestágenos orales preoperatorios (linestrenol) en comparación con el agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), el tamaño del mioma uterino no fue diferente. No había estudios controlados aleatorios sobre el DMPA para tratar los miomas uterinos. En efecto, no se ha

recomendado la administración de progestágenos ni los sistemas intrauterinos que liberan progestágeno para tratar a las pacientes premenopáusicas con mioma uterinos. Se necesitan estudios controlados aleatorios, de alta calidad y con un adecuado tamaño de la muestra, que evalúen a los progestágenos o los sistemas intrauterinos que liberan progestágeno para tratar los miomas uterinos (11).

TRATAMIENTO QUIRURGICO

La miomectomía puede resultar en complicaciones cortas y a largo plazo. Las complicaciones de la miomectomía Histeroscopia incluyen hemorragia, perforación uterina, daño cervical y trastorno metabólico por absorción excesiva del medio de distensión como la glicina (Cooper 2000). La miomectomía laparoscópica se asocia con los riesgos habituales de la laparoscopia, en particular, los accidentes durante la colocación del trocar (un instrumento quirúrgico); y, además, hemorragia no controlada excesiva con la necesidad de realizar una laparotomía y el riesgo de rotura uterina en los embarazos posteriores. Las complicaciones a corto plazo de la miomectomía abdominal incluyen hemorragia, fiebre, infección, daño visceral y trombo embolismo. En la literatura se ha informado el requerimiento de una transfusión en hasta el 20% de los casos después de una miomectomía abdominal. Las pacientes que se someten a una miomectomía presentan una incidencia de fiebre excepcionalmente elevada que se presenta en las primeras 48 horas después de la cirugía. Se ha informado una incidencia alta de fiebre posoperatoria después de una miomectomía del 36% (Celik 2006). Se desconoce la causa, pero se cree que la "fiebre por miomectomía" se debe a la liberación de factores pirogénicos (que inducen fiebre) durante la disección de miomas o a hematomas (coágulos de sangre) que se forman en defectos que dejan los miomas retirados (12).

La histerectomía constituye la segunda intervención de cirugía más frecuente en los Estados Unidos, donde se realiza aproximadamente 600 000 intervenciones anualmente y, en cerca de las tres cuartas partes de las operaciones, el procedimiento es ejecutado por laparotomía. Las indicaciones principales de la histerectomía abdominal incluyen miomas uterinos, hiperplasia endometrial, algunos casos de dolor pélvico crónico asociado a enfermedad inflamatoria pélvica, y neoplasias malignas ginecológicas; siendo la miomatosis uterina la causa más frecuente de histerectomía. La mayoría de estas indicaciones se cumplen también

para la histerectomía laparoscópica. Es también apropiado llevar a cabo esta intervención cuando la histerectomía vaginal está contraindicada.

Desde que Harry Reich y col, describieron por primera vez la técnica de la histerectomía laparoscópica, demostrando que los beneficios de la cirugía endoscópica eran aplicables a este tipo de intervención, un gran número de autores ha comunicado su experiencia. El equipamiento usado por cada uno de ellos varía de una serie a otra (13). Así también varía el tipo de intervención que se realiza, de acuerdo a las diversas clasificaciones que aparecieron con relación a este tipo de intervención: tenemos así, histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL), histerectomía supracervical (subtotal) por vía laparoscópica (HSL), histerectomía clásica de Semm (CASH - del inglés *classical abdominal Semm hysterectomy*), histerectomía laparoscópica (HL) y la histerectomía laparoscópica total (HLT). La histerectomía laparoscópica total es una técnica relativamente nueva que consiste en la sección laparoscópica de todas las inserciones del útero, hasta que éste cae libre de todos sus puntos de fijación en la cavidad pélvica. Luego de esto, el útero es extraído a través de la vagina y la cúpula vaginal es cerrada por laparoscopia o por vía vaginal. La mayor ventaja de la histerectomía laparoscópica es evitar la incisión abdominal, la cual generalmente implica un mayor tiempo de hospitalización (cinco días) y un tiempo de recuperación más prolongado (cuatro a seis semanas). La consideración de toda técnica quirúrgica nueva, una vez demostrada la factibilidad de poder ser realizada, implica la evaluación de los riesgos de complicaciones. (14)

CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS

Microscópicamente, los miomas se componen de fascículos entrelazados de células musculares lisas.

Las células musculares son alargadas, con citoplasma eosinófilo y núcleos uniformes en forma de puro y las figuras mitóticas son prácticamente inexistentes. Las células se encuentran dispuestas de forma más cercana entre sí que en el miometrio normal, dándole un aspecto hipercelular al tumor. El nombre de «fibroide», acuñado por Sir James Payer, se refería a una masa que recordaba a tejido fibroso, tanto en su aspecto macroscópico como en su textura, sin que este término significara que microscópicamente el tumor se conformara por este tejido.

El término fibroide, aunque pueda resultar semánticamente poco científico, se usa de forma universal y es entendido en todo lugar. Llama la atención la demarcación acentuada que existe entre el mioma y el miometrio circundante, de la misma forma que se observa microscópicamente.

Existen algunas variantes de mioma dignas de mención por sus características histológicas, que pueden incluso causar confusión con otras entidades. Tales como mioma celular: Éste es un mioma que microscópicamente presenta algunas diferencias, como borramiento del patrón estoriforme y coloración amarillo cremoso, más que blanco rosado como un mioma convencional (15).

Microscópicamente, las células son muy similares, pero tienen escaso citoplasma, por lo que los núcleos están muy cercanos entre sí, dándole un aspecto azul a bajo aumento. Los vasos generalmente son grandes y con engrosamiento de sus paredes y, focalmente, las células del mioma parecen fusionarse con las del miometrio circundante, haciendo más difícil su demarcación que en un mioma usual.

Los diagnósticos diferenciales incluyen nódulo endometrial estromal y leiomiocarcinoma. Con la primera entidad, aunque muchas ocasiones muy difícil, la diferencia se puede observar en los vasos, que en el nódulo estromal no presentan los cambios mencionados. Para la distinción con leiomiocarcinoma, basta la ausencia de atipia, necrosis y mitosis atípicas que se observan en esta entidad (16). Mioma epiteloide: Aunque macroscópicamente estos miomas no presentan grandes diferencias en relación a los miomas convencionales, microscópicamente las células musculares lisas que lo conforman son predominantemente redondas o poligonales y se agrupan en cordones, o nidos, y de esta variante de miomas se han reconocido tres subtipos diferentes: leiomioblastoma, compuesto de células redondas con citoplasma eosinofílico con tendencia a la vacuolación, miomas de células claras, con vacuolación intensa del citoplasma que contienen glucógeno, lípidos o ambos y que le confieren un aspecto claro al citoplasma; y por último, el llamado plexiforme, con núcleos arreglados en empalizada. Se ha discutido sin evidencia contundente que las variantes epitelioides son más susceptibles que el resto de malignización, pero no hay pruebas

concluyentes de este hecho. Tumor mixoide Representa simplemente un cambio mixoide. Mioma simpático Microscópicamente, no existe distinción entre un mioma simpático y un mioma de tipo usual. Microscópicamente está caracterizado por áreas con células bizarras y pleomórficas con núcleos atípicos, la mayoría de las células bizarras son gigantes, multinucleadas o con núcleos polilobulados o unilobulados, con gran aumento de su tamaño. Los núcleos presentan picnosis y vacuolización; cambios que parecen ser degenerativos. Estos cambios se pueden presentar focalizados, difusos o intercalados, con un mioma usual y representan más de 25% del tumor en la mayoría de los casos (17).

ESTUDIOS PREVIOS

Entre septiembre de 2006 y diciembre de 2008, se llevaron a cabo 253 operaciones con la técnica de CISH; de ellas, 152 pacientes fueron intervenidas por vía pelviscópica y 101 por laparotomía. Las pacientes fueron asignadas a los 2 diferentes grupos, en dependencia del tamaño del útero. La vía pelviscópica no fue considerada si el útero era más grande que un útero de 12 semanas de gestación. De todas las pacientes, a 42 de ellas se les administró análogos de la GnRH preoperatoriamente por un período de 3 a 6 meses, para reducir el tamaño de los miomas. La técnica de CISH se desarrolla de la siguiente manera: el diámetro del cuello uterino se estima preoperatoriamente por examen pélvico bimanual y/o ultrasonido vaginal.

Los hallazgos histológicos en 253 casos de histerectomías por la técnica de CISH avalan el hecho de que el leiomioma uterino es el tumor sólido más común en el tracto genital femenino, y que están presentes en aproximadamente el 20 % de las mujeres que pasan de los 30 años de edad.

En nuestras pacientes, 75 % presentaban síntomas opresivos o dolor pélvico, hemorragias uterinas anormales o un crecimiento rápido de los fibromas. La adenomiosis se constituyó como el único diagnóstico encontrado en el 17 % de las pacientes, el cual no fue diagnosticado preoperatoriamente, confirmando con esto las limitaciones del examen pélvico y el ultrasonido en poder establecer el diagnóstico de adenomiosis.

Los hallazgos de 15 pacientes (5,9 %) con displasia del cuello uterino muestran la importancia de efectuar los estudios complementarios para excluir una neoplasia cervical. Estas 15 pacientes previo al desarrollo de la cirugía presentaban un frote de Papanicolaou sin anomalías, lo cual está en concordancia con la tasa de falsos negativos que oscila entre el 20-30 %. El leiomioma es un tumor poco frecuente que presenta aproximadamente 2 % de las neoplasias malignas del útero. La presentación clínica usual de una masa de grandes dimensiones sin ninguna otra sintomatología, hace imposible distinguir entre un sarcoma y un leiomioma.

En 9 pacientes (3,6 %) los hallazgos histológicos se encontraban dentro de los límites normales; la indicación para la cirugía en estos casos fueron dolor pélvico crónico y endometriosis pélvica recurrente. Estos datos son comparables con los presentados por otros autores (ver tabla 1)

JUSTIFICACIÓN.

El mioma uterino es la neoplasia ginecológica más común. Presenta una incidencia del 30% en la población femenina a nivel mundial, en la raza negra un 50% y en la blanca un 25%. La mayoría de los casos son diagnosticados en la mitad de la vida. A pesar de su frecuencia esta enfermedad continua siendo enigmática e incompletamente entendida.

Los miomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes del aparato genital femenino con una mayor frecuencia entre los 35 y 54 años, también son la causa más frecuente de histerectomía, generalmente por hiperpolimenorrea o metrorragias. En mujeres jóvenes a pesar de que la miomectomía es prácticamente posible, puede llevarles a la pérdida del útero y por ende su capacidad reproductiva. Además puede causar complicaciones en la gestación.

Se estima aproximadamente de 3 a 5 billones de dólares se gastan al año en el diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina en los estados Unidos realizándose 200,000 histerectomías anuales por esta entidad.

En México esta patología ha sido estimada en un 30-50% de las histerectomías efectuadas por indicaciones no malignas, cuyo peso puede llegar a ser hasta de 5kg o más. La observación clínica establece que en nuestro medio, esta patología se da con mucha frecuencia con manifestaciones tales como: tumoración, hemorragia uterina anormal, dolor pélvico; por lo que consideramos importante realizar este trabajo orientado a determinar el perfil epidemiológico de las pacientes portadoras de esta patología. (19)

En relación con la literatura la principal causa por la cual la mayor parte de pacientes consultan es por sangrados uterinos anormales (69%) y dolor pélvico (27.3%) siendo el principal método diagnóstico el clínico cuya corroboración se logra con el ultrasonido. (19)

En relación al manejo y en concordancia con otros estudios el tratamiento definitivo es el quirúrgico (84.5%) con reportes post histerectomía de anatomía patológica de muy baja malignidad (2.8%). En conclusión la miomatosis uterina sintomática es una patología que se

presenta frecuentemente en nuestra población y que asiste a la consulta en gran número a este hospital, por sangrado uterino anormal, al igual que lo refiere la literatura mundial.

A pesar de tratarse de una patología ginecológica clásica, siguen existiendo controversias en cuanto a la génesis del tumor y de las posibilidades terapéuticas. Las propias recomendaciones actuales relacionadas con la terapia médica o los métodos quirúrgicos son muy controvertidos en la literatura.

El sangrado uterino anormal secundario a miomatosis uterina representa un alto porcentaje de consultas en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, siendo la principal causa de histerectomía abdominal en este nosocomio.

Es de suma importancia identificar qué porcentaje de pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina por ultrasonido, tienen un reporte histopatológico diferente al de miomatosis uterina, debido a la necesidad de un tratamiento adyuvante o un control estricto postoperatorio.

OBJETIVOS.

General.

Conocer la frecuencia del diagnóstico anatómo-patológico de las pacientes operadas de histerectomía total abdominal por miomatosis uterina del 1 marzo del 2012 al 28 de febrero del 2013.

Específicos.

- 1.- Conocer la prevalencia de pacientes histerectomizadas por miomatosis uterina.
- 2.-Identificar los reportes histopatológicos más comunes.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo. El estudio se realizó en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, del 01 de marzo 2012 al 28 de febrero 2013. Posterior a la aprobación del protocolo de investigación, se solicitó la autorización al responsable del servicio de ginecología y obstetricia para la revisión de expedientes clínicos que cumplan como criterios de inclusión: ser pacientes con edad igual o mayor a 18 años, post-operadas de histerectomía total abdominal por miomatosis uterina por el servicio de Ginecología, con estudio histopatológico de la pieza obtenida de la histerectomía; los criterios de exclusión fueron pacientes con biopsia positiva antes de realizar la histerectomía, pacientes con antecedentes de cáncer cervicouterino o endometrial; los criterios de eliminación fueron para expedientes incompletos. La recolección de datos se realizó por el investigador principal.

Una vez integrados los datos, se realizó el análisis estadístico con los programas Microsoft Excel 2010 calculando medidas de tendencia central y medidas de dispersión (desviación estándar). Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y frecuencias relativas.

RESULTADOS.

Se realizó una revisión de 197 expedientes con diagnóstico de miomatosis uterina, de los cuales fueron sometidos a cirugía 171 pacientes, quienes fueron incluidos en este estudio.

La prevalencia de pacientes sometidas a cirugía fue de 86.8%; la edad promedio de los pacientes que se incluyeron en esta investigación fue de 42.9 años, con desviación estándar (DE) de ± 6.4 años. El 100% de los pacientes participantes en este estudio ingresó a cirugía con diagnóstico de miomatosis uterina, los reportes de histopatología obtenidos de la pieza quirúrgica extraída reportaron diagnósticos únicos y compuestos; el principal diagnóstico único fue "miomatosis uterina" en 90 (52.6%) casos, mientras 81 (47.36%) pacientes tuvieron diagnóstico compuesto o diferente a "miomatosis uterina".

Los diagnósticos identificados en los pacientes del estudio, que fueron diferentes a miomatosis uterina como diagnóstico único, fueron adenomiosis en 13 (7.6%) pacientes, adenomiosis difusa en 12 (7.0%) pacientes, adenomiosis difusa más miomatosis uterina en 10 (5.8%) pacientes, adenomiosis focal en 4 (2.3%) pacientes, adenomiosis focal más miomatosis uterina en 13 (7.6%) pacientes, adenomiosis más miomatosis uterina en 11 (6.4%) pacientes, carcinoma epidermoide de células grandes en 1 (0.5%) paciente, endometrio con reacción pseudodecidual en 2 (1.1%) pacientes, hiperplasia endometrial compleja más adenomiosis más miomatosis uterina en 1 (0.5%) paciente, hiperplasia endometrial simple en 1 (0.5%) paciente, hiperplasia endometrial sin atipia en 1 (0.5%) paciente, miomatosis uterina más hiperplasia endometrial sin atipia en 2 (1.1%) pacientes, miomatosis uterina más hiperplasia endometrial simple sin atipia en 1 (0.5%) paciente, miomatosis uterina más hiperplasia escamosa endocervical en 3 (1.7%) pacientes y miomatosis uterina más teratoma quístico maduro en 1 (0.5%) paciente. (Anexos, tabla 2)

Se presentaron 7 (4.0%) pacientes con edad de 30 años o menos, 50 (29.2%) pacientes con edad entre 31 y 40 años, 98 (57.3%) pacientes con edad entre 41 y 50 años y 16 (9.3%) pacientes con edad entre 51 y 60 años.

De acuerdo al número de pacientes cuantificados por cada grupo de edad, se realizó la descripción de aquellos con diagnóstico de miomatosis uterina, en donde se identificaron 4 (2.3%) pacientes con edad igual a 30 años o menores, para el siguiente grupo hubo 27 (15.8%) pacientes con edad entre 31 y 40 años, 50 (29.2%) pacientes con edad entre 41 y 50 años y 9 (5.26%) pacientes con edad entre 51 y 60 años.

Los principales diagnósticos compuestos o diferentes a miomatosis uterina de acuerdo a grupo de edad fueron: para los pacientes de 30 años o menores adenomiosis en 1 (0.5%) paciente y adenomiosis focal más miomatosis uterina en 1 (0.5%) paciente; para el grupo de edad entre 31 y 40 años adenomiomatosis en 4 (2.3%) pacientes, adenomiosis difusa en 3 (1.7%) pacientes, adenomiosis difusa más miomatosis uterina en 6 (3.5%) pacientes, adenomiosis focal en 1 (0.5%) paciente, adenomiosis focal más miomatosis uterina en 2 (1.1%) pacientes y adenomiosis más moimatosis uterina en 3 (1.7%) pacientes; para el grupo de edad de 41 a 50 años adenomiomatosis en 8 (4.6%) pacientes, adenomiosis difusa en 7 (4%) pacientes, adenomiosis difusa más miomatosis uterina en 4 (2.3%) pacientes, adenomiosis focal en 2 (1.1%) paciente, adenomiosis focal más miomatosis uterina en 8 (4.6%) pacientes y adenomiosis mas moimatosis uterina en 7 (4%) pacientes; para el grupo de edad entre 51 y 60 años presentaron como diagnósticos más frecuentes adenomiosis difusa en 2 (1.1%) pacientes, adenomiosis focal en 1 (0.5%) paciente, adenomiosis focal más miomatosis uterina en 2 (1.1%) pacientes, adenomiosis mas moimatosis uterina en 1 (0.5%) paciente. (Anexos, gráfico 5).

El mes en el que se realizaron histerectomías con más frecuencias fueron febrero con 27 (15.7%) casos, julio con 24 (14.0%) casos, enero con 22 (12.8%) casos, marzo y agosto con 16 (9.3%%) casos. La tabla 3 describe la totalidad de las histerectomías realizadas durante el periodo de estudio (anexos).

DISCUSIÓN

La prevalencia de pacientes con miomatosis uterina que reciben tratamiento quirúrgico en nuestro hospital es de 86.8%, este valor es similar a lo reportado por Sorto Murilo, quien realizó un estudio prospectivo, descriptivo, basado en el análisis de expedientes clínicos de las pacientes ingresadas a la sala de Ginecología del Hospital Escuela Bloque Materno – Infantil de la ciudad de Tegucigalpa de mayo de 1998 a 1999. En el periodo de estudio se identificaron 111 pacientes, de los cuales solo 84 cumplieron con los criterios de selección, indicándose tratamiento quirúrgico en 71 (84.5%) pacientes.¹⁸

La edad promedio de los pacientes que se incluyeron en nuestra investigación fue de 42.9 años, con desviación estándar (DE) de ± 6.4 años. El grupo de edad que con mayor número de casos fue el de 41 a 50 años con 57.3% pacientes, lo que es similar a lo descrito por distintas referencias bibliográficas, dentro de estas, La Guía de práctica clínica “diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina” indica que el grupo de edad más frecuente se encuentra entre los 35 y 54 años de edad, esto es similar a lo reportado por Mata y cols, quienes realizaron un estudio descriptivo transversal en el año 2005, revisando los expedientes clínicos de 1437 pacientes quienes acudieron a la consulta externa de ginecología y obstetricia del área de influencia del Hospital “Dr. Antonio María Pineda” desde enero a marzo del año 2001 en Caracas, Venezuela. La muestra analizada fue constituida por 92 pacientes con diagnóstico clínico y paraclínico de miomatosis uterina, en donde se describe al grupo de edad entre 36 y 45 años como el más frecuente en el diagnóstico mencionado con 53 (57.61%) pacientes, y en segundo lugar el grupo de edad entre 46 y 55 años con 20 (21.7%) pacientes; por otro lado Bera Cuellos y cols realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo, para lo cual revisaron los expedientes de las pacientes sometidas a histerectomía, analizando un total de 76 pacientes histerectomizadas que acudieron al servicio de obstetricia del Hospital de Especialidades Médicas “Dr. Félix María Goico” en República Dominicana durante el periodo comprendido entre enero del año 2005 y diciembre del año 2006.

En este estudio se registró una mayor cantidad de casos con histerectomía en el rango de edad entre 36 y 45 años, con 32 (42.1%) y el segundo más frecuente fue el grupo entre 46 y 55 años de edad con 24 (31.6%) casos.^{19,20,21}

Los resultados de nuestro estudio, indican que el 100% de los pacientes participantes contaban con diagnóstico presuntivo al ingresar a cirugía de miomatosis uterina; al término de la intervención quirúrgica, los reportes de histopatología de la pieza extraída reportaron como diagnóstico único “miomatosis uterina” en 90 (52.6%) casos, mientras que en 81 (47.36%) pacientes el diagnóstico fue compuesto o diferente a miomatosis uterina; de estos, destacan como los principales la adenomiosis en 13 (7.6%) casos y la adenomiosis focal más miomatosis uterina en 13 (7.6%) casos.

Esta es menor a lo reportado en la literatura, donde Ortiz y colaboradores refieren en su artículo de revisión del año 2009 que hasta el 80% de las pacientes con histerectomía tienen este diagnóstico al término de la cirugía. Por otro lado Sorto Murilo publicó un estudio en el año 2000 en Tegucigalpa, Honduras con una muestra de 84 casos estudiados, de los cuales contaron con tratamiento quirúrgico y resultados de biopsia post-histerectomía en 71 pacientes, indicando como diagnóstico principal la leiomiomatosis uterina en 44 (61.95%) casos, en segundo lugar la cervicitis crónica en 15 (21.1%) pacientes y como el tercer diagnóstico más frecuente la adenomiosis en 3 (4.2%) casos.²²

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de resolución de probable miomatosis uterina es similar a lo reportado en la literatura.
2. Los registros de las muestras histopatológicas más frecuentes difieren de la reportada en la literatura.
3. De acuerdo a los resultados de este estudio, se pueden generar nuevas hipótesis a partir de la búsqueda de variables que no se tomaron en cuenta durante esta investigación. De igual manera, tomado en cuenta los datos revelados en este estudio, existe la opción de generar hipótesis de causalidad que nos ayuden a comprender con más detalle nuestra población.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.-Lin -qiuKe, Kun Yang, Jing Li, Li. Danazol para los fibromas uterinos (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3
- 2.- Lethaby A, Vollenhoven B, Sowter M. Tratamiento preoperatorio con análogos de GnRH antes de la histerectomía o la miomectomía para los fibromas uterinos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4.
- 3.-Mifepristona para los miomas uterinos (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 8. Art. No.: CD007687. DOI: 10.1002/14651858.CD007687
- 4.-Progestágenos o sistemas intrauterinos que liberan progestágeno para los miomas uterinos (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 2. Art. No.: CD008994. DOI: 10.1002/14651858.CD008994
- 5.- . Walker WJ, Pelage JP. Uterine artery embolisation for symptomatic fibroids: clinical results in 400 women with imaging follow-up. *BJOG* 2009;109:1262–72.
- 6.- Inhibidores de la aromatasa para los fibromas uterinos (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 10. Art. No.: CD009505. DOI: 10.1002/14651858.CD009505
- 7.-. Revista de Endocrinología y Nutrición enfoque en miomatosis uterina Vol. 8, No. 3 Julio-Septiembre 2007 pp 94-99
- 8.-Fedele L, Vercellini P, Bianchi S, Brioschi D, DortaM.Treatment with GnRH agonists before myomectomy and the risk of short-term myoma recurrence. *Br J ObstetGynaecol* 2005;97:393– 6.
- 9.-Zhang Y, Peng W, Clarke J, Zhishun L. Acupuntura para los miomas uterinos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 1. Art. No.: CD007221. DOI: 10.1002/14651858.CD007221
- 10.-Progestágenos para los miomas uterinos (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 2. Art. No.:
- 11.- sistemas intrauterinos que liberan progestágeno para leiomiomas .uterinos (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic .Reviews 2008.
- 12.- Kongnyuy E, Wiysonge C. Intervenciones para la reducción de la hemorragia durante la miomectomía en el tratamiento de los fibromas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 11.

- 13.- Nezhat C, Gordon SF, Wilkins E, Winer W, Nezhat FR. Laparoscopic versus abdominal hysterectomy. *J Reprod Med* 2007; 37: 247-50
- 14.-Meilahn EN, Matthews KA, Egeland G, Kelsey SF. Characteristics of women with hysterectomy. *Maturitas* 2006;11:319-29.
- 15.. Stewart EA. Uterine fibroids. *Lancet* 2008; 357-389.
16. Stanley J. Robboy, Rex C. Bentley, Kelly Butnor, Malcolm C. Pathology and pathophysiology of uterine smooth-muscle tumors. 2007;108 (S5).
17. Cohen DT, Oliva E, Hahn PF, Fuller AF Jr, Lee SI. Uterine Smooth-muscle tumors with unusual growth patterns: Imaging with pathologic correlation. *Am J Roentgenol* 2007; 188(1): 246-255.
18. Sorto-Murilio O, Espial-Rodriguez . Perfil epidemiológico de la miomatosis uterina, diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Post UNAH* 2000;5(3):232-235
19. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis Uterina México:2009. Secretaria de Salud http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082_GPC_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS_EVR_CENETEC.pdf
20. Mata M, Jaramillo S, Mata E, Martínez T. Frecuencia de miomatosis uterina en pacientes de consulta externa. Hospital universitario central tipo iv "dr. Antonio maría pineda". Barquisimeto, estado Lara. *RMF* 2005;28(2):on-line http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692005000200002
21. Beras M. et al. Causas de histerectomía en pacientes asistidos en el hospital de especialidades médicas "Dr. Félix María Goico" *Rev Med Dom.* 2007;68(19):16-17
22. Ortiz E, Matute A, Martinez-Consuegra N. Miomatosis Uterina. *Anales médicos* 2009;54 (4): 222-233

ANEXOS

Formatos de recolección de información

Nombre De La paciente:

Fecha _____ Edad _____

Gesta _____ partos _____ Abortos _____ cesareas _____

IMC _____ Método de planificación familiar _____

Citología Cervical _____

Diagnóstico de Ingreso _____

Diagnóstico de Egreso _____

Cirugía programada _____

Cirugía Realizada _____

Reporte Histopatologico _____

Tablas y Gráficos

	Laparotomía		Pelviscopia	
<i>Hallazgos histológicos del espécimen uterino</i>				
Leiomiomatosis	60	(59 %)	81	(53,3 %)
Leiomiomatosis + adenomiosis	24	(24 %)	21	(14 %)
Adenomiosis	9	(9 %)	40	(26 %)
Hiperplasia adenomatosa	3	(3 %)	5	(3,3 %)
Hallazgos no significativos	4	(4 %)	5	(3,3 %)
Leiomiosarcoma	1	(1%)	-	-
<i>Hallazgos histológicos del cérvix en las piezas obtenidas a través del CURT</i>				
Normal	83	(82 %)	133	(87,5 %)
Cervicitis crónica	13	(13 %)	9	(6 %)
Displasia	5	(5 %)	10	(6,5 %)

TABLA 1. *Hallazgos histológicos de 253 casos de histerectomía mediante la técnica de CISH*

Diagnóstico de paciente PO histerectomía	Total	(%)
Adenomiosis	13	7.60233918
Adenomiosis difusa	12	7.01754386
Adenomiosis difusa mas miomatosis uterina	10	5.84795322
Adenomiosis focal	4	2.33918129
Adenomiosis focal mas miomatosis uterina	13	7.60233918
Adenomiosis mas miomatosis uterina	11	6.43274854
Carcinoma epidermoide de células grandes	1	0.58479532
Endometrio con reaccion pseudodecidual	2	1.16959064
Hiperplasia endometrial compleja más adenomiosis mas miomatosis uterina	1	0.58479532
Hiperplasia endometrial simple	1	0.58479532
Hiperplasia endometrial sin atipia	1	0.58479532
Miomatosis uterina más hiperplasia endometria sin atipia	2	1.16959064
Miomatosis uterina más hiperplasia endometrial simple sin atipia	1	0.58479532
Miomatosis uterina más hiperplasia escamosa endocervical	3	1.75438596
Miomatosis uterina mas teratoma quístico maduro	1	0.58479532

Tabla 2. Diagnósticos histológicos de pacientes Post-operadas de histerectomía por miomatosis Uterina. Fuente: Datos de la investigación.

Mes	Numero de histerectomias	%
Enero	22	12.86
Febrero	27	15.78
Marzo	16	9.35
Abril	11	6.43
Mayo	5	2.92
Junio	9	5.26
Julio	24	14.03
Agosto	16	9.35
Septiembre	10	5.84
Octubre	14	8.18
Noviembre	11	6.43
Diciembre	6	3.50

Tabla 3. Frecuencia de histerectomías realizadas por mes. Fuente: Datos de la investigación.

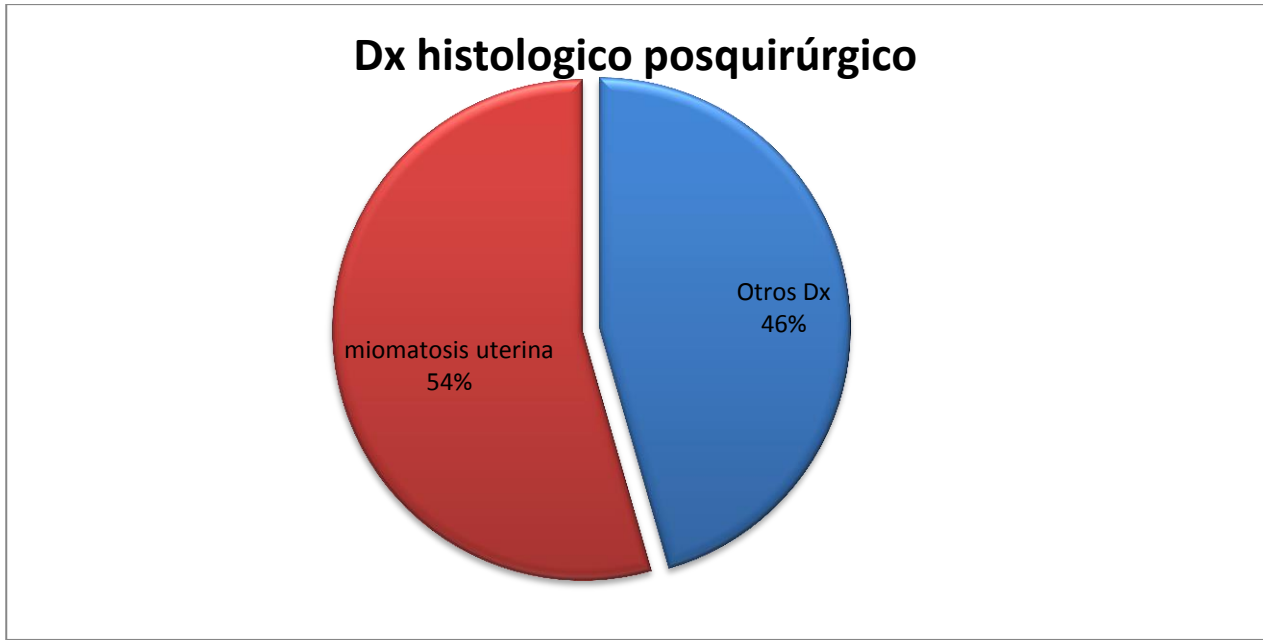


Gráfico 1. Diagnostico (DX) histopatológico posquirúrgico en pacientes con miomatosis uterina. (%)

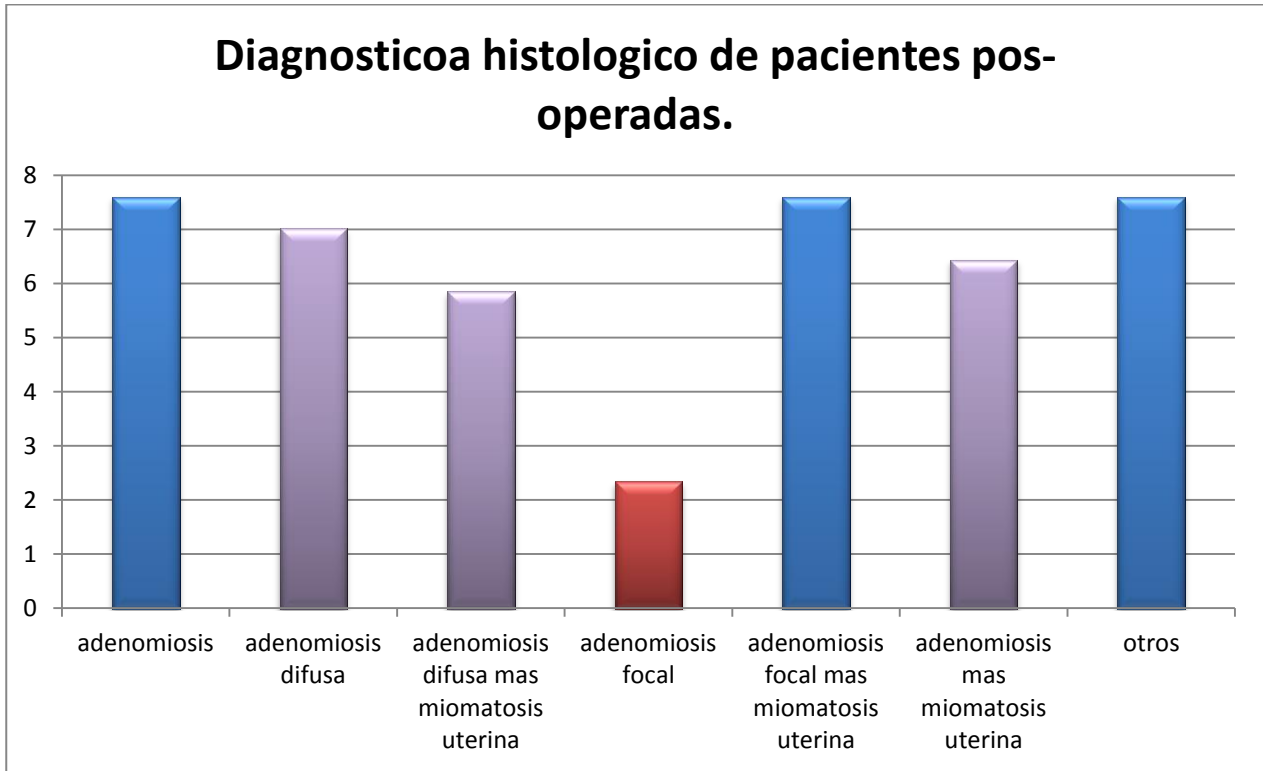


Gráfico 2. Diagnósticos histopatológicos obtenido posterior a análisis de pieza quirúrgica extraída en hysterectomía. (%)

Frecuencia de histerectomía realizadas durante el periodo de estudio.

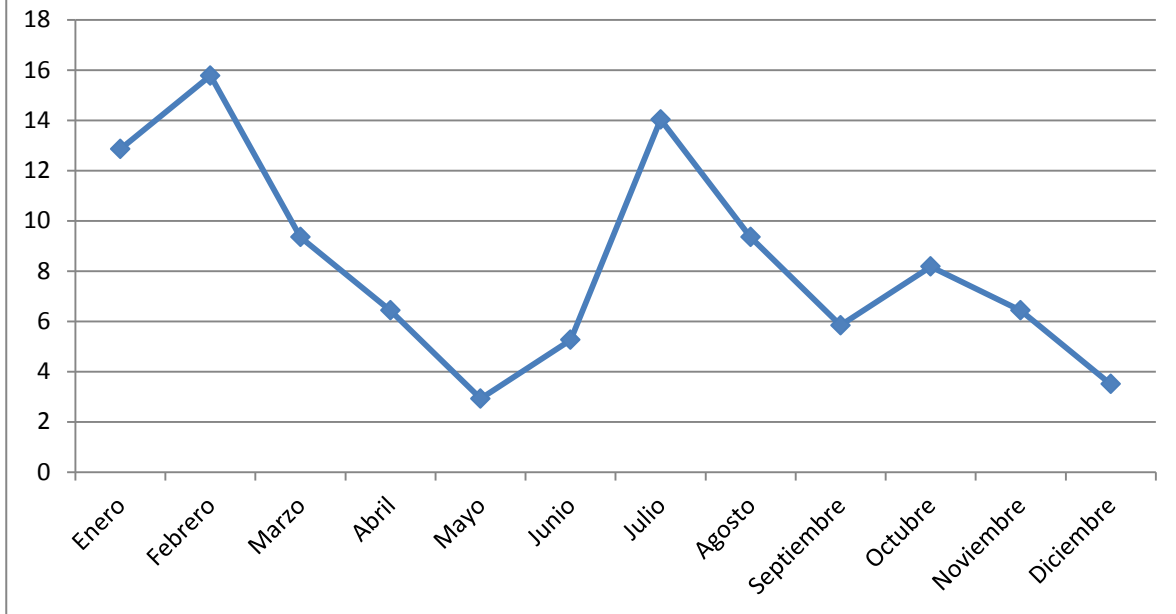


Gráfico 3. Frecuencia de histerectomías realizadas durante el periodo de estudio. (%)

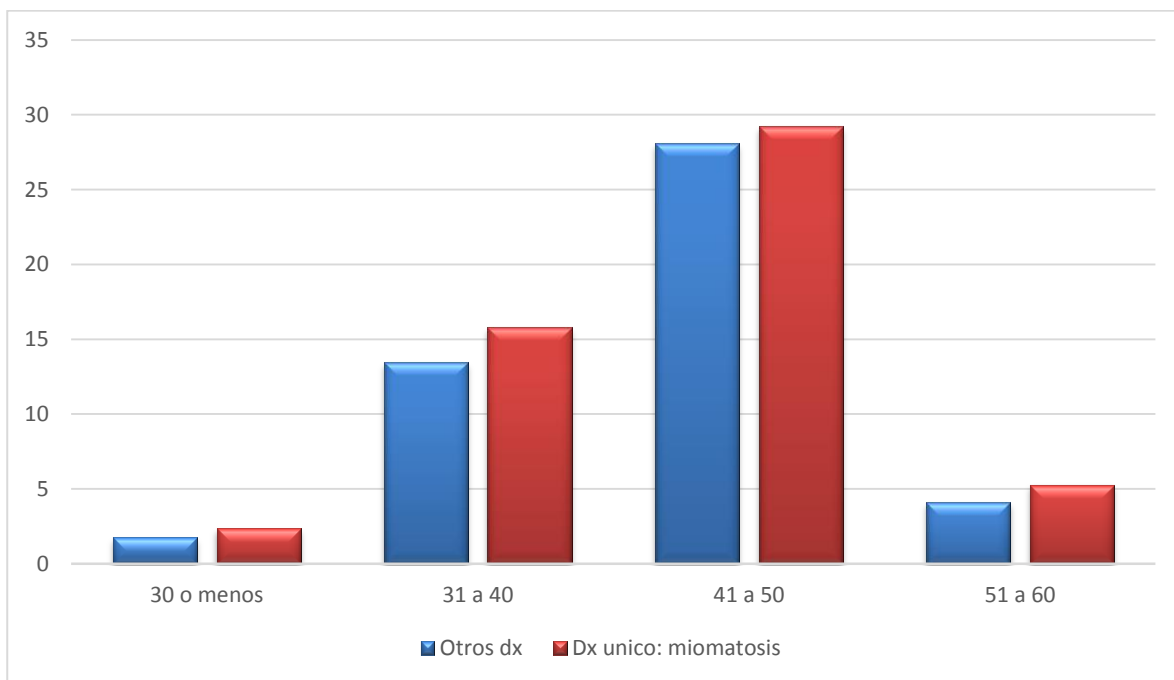


Gráfico 4. Ocupación de los participantes en la investigación. (%)

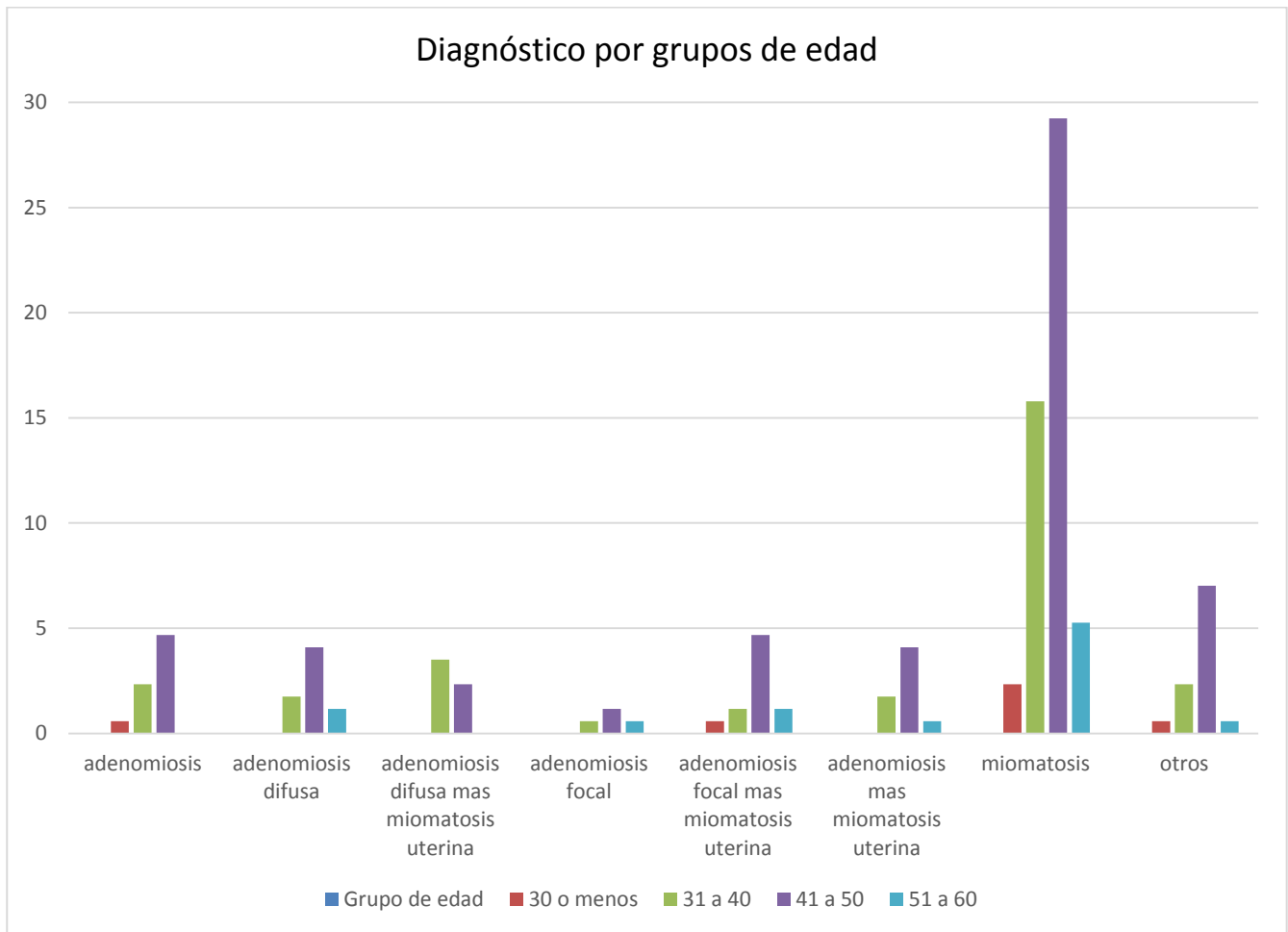


Gráfico 5. Diagnóstico histológico posquirúrgico por grupo de edad. (%)