

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA DEL DIAGNÓSTICO
CLÍNICO Y ULTRASONOGRÁFICO EN MUJERES
SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL**

STEFFANIE CYNTHIA ANAHI ARA MARROQUÍN

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Febrero 2018



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.024.2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Steffanie Cynthia Anahí Ara Marroquín

Registro Académico No.: 200741851

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y ULTRASONOGRÁFICO EN MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL**

Que fue asesorado: Dra. Brenda Azucena Montoya Quiroa

Y revisado por: Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **febrero 2018**

Guatemala, ó2 de febrero de 2018



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Ciudad de Escuintla, 29 de *septiembre* de 2017

Doctor

Edgar Fernando Chinchilla Guzmán

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital de Escuintla

Presente.

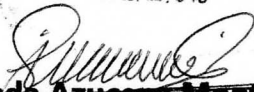
Respetable Dr. Chinchilla:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora Steffanie Cynthia Anahí Ara Marroquín ***carné 200741851***, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula ***"CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y UTRASONOGRÁFICO EN MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL"***.

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Ara Marroquín, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el ***dictamen positivo*** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dra. Brenda A. Montoya Q.
Ginecóloga y Obstetra
Col. No. 10, 846



Dra. Brenda Azucena Montoya Quiroa
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Asesora de Tesis

Ciudad de Escuintla, 29 de septiembre de 2017

Doctor

Edgar Fernando Chinchilla Guzmán

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en ginecología y Obstetricia

Hospital de Escuintla

Presente.

Respetable Dr. Chinchilla:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora Steffanie Cynthia Anahí Ara Marroquín **carne 200741851**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia el cual se titula **"CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y UTRASONOGRÁFICO EN MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL"**.

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. Ara Marroquín, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

DR. EDGAR F. CHINCHILLA G.
GINECOLOGO
COLEGIADO No 8434

Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Revisor de Tesis



A: Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzman, MSc.
Docente responsable
Escuela de Estudios de Postgrado

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 2 de Octubre 2017

Fecha de dictamen: 4 de Octubre de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

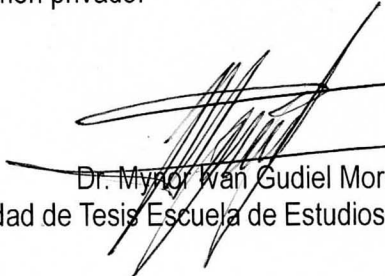
STEFFANIE CYNTHIA ANAHI ARA MARROQUIN

Título:

CORRELACION HISTOPATOLOGICA DEL DIAGNOSTICO CLINICO Y
ULTRASONOGRAFICO EN MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMIAL

Sugerencias de la revisión:

- Autorizar examen privado.


Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS.....	i
INDICE DE GRAFICAS.....	ii
RESUMEN.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. OBJETIVOS.....	16
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
V. RESULTADOS.....	22
VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	30
6.1 CONCLUSIONES.....	32
6.2. RECOMENDACIONES.....	33
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	34
VIII. ANEXOS.....	38

INDICE DE TABLAS

TABLA 1

Correlación clínica-ultrasonográfica.....22

TABLA 2

Correlación Clínica-histopatológica.....23

TABLA 3

Correlación ultrasonográfica-histopatológica.....24

TABLA 4

Correlación clínica-histopatológica y ultrasonográfica.....25

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA 1

Diagnóstico clínico preoperatorio.....26

GRAFICA 2

Diagnóstico ultrasonográfico preoperatorio.....27

GRAFICA 3

Diagnostico histopatológico postoperatorio.....28

GRAFICA 4

Edad en Pacientes con patología uterina.....29

RESUMEN

La histerectomía constituye la segunda causa mundial más frecuente de procedimientos quirúrgicos mayores que se realizan mujeres con más de 600.000 casos cada año; es un procedimiento quirúrgico riesgoso. **Objetivo:** Determinar la correlación histopatológica con los diagnósticos previos clínicos y ultrasonográficos en mujeres sometidas a histerectomía abdominal en el servicio de Ginecología del Hospital de Escuintla. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal en las pacientes que consultaron con patología uterina a consulta externa de ginecológica del Hospital de Escuintla, se evaluó el informe ultrasonográfico, luego fueron llevadas a histerectomía por alguna indicación y posteriormente se correlacionó con los resultados histopatológicos durante el año 2015. **Resultados:** Se encontró que la correlación del diagnóstico clínico-ultrasonográfico es de 93.33%. La correlación clínico–histopatológica es de 68.89% y la correlación ultrasonográfico-histopatológica es de 68.89%. Al correlacionar los 3 diagnósticos se obtuvo un resultado de 66.67%. **Conclusiones:** Sí existe una correlación adecuada histopatológica del diagnóstico clínico y ultrasonográfico en el departamento de Ginecología del Hospital de Escuintla, generando confianza diagnóstica y terapéutica en las pacientes con patología uterina consultantes a nuestro departamento.

Palabras Clave: *Histerectomía, diagnóstico clínico, diagnóstico ultrasonográfico, diagnostico histopatológico.*

I. INTRODUCCIÓN

La histerectomía constituye la segunda causa mundial más frecuente de procedimientos quirúrgicos mayores que se realizan en la mujer con más de 600.000 casos cada año a nivel mundial (1).

Dentro de la práctica clínica diaria como ginecólogos nos encontramos con patologías relacionadas con el útero, siendo estas una indicación para realizar una histerectomía incluyendo las siguientes causas: leiomiomas uterinos (34%), endometritis (19%), prolapso (17,2%), cáncer ginecológico (10,2%) e hiperplasia endometrial (5,6%), las que son responsables del 80% de histerectomías realizadas. Actualmente, se indica el procedimiento en casos de: a) patología maligna (cáncer de vagina, cáncer de cuello uterino, cáncer del cuerpo uterino, cáncer de ovario y trompa, cáncer de colon progresado a útero; b) patología benigna (leiomiomas uterinos, endometriosis, sangrado uterino anormal refractario a tratamiento médico, dolor pélvico crónico, sepsis refractaria al tratamiento médico, prolapso genital, patología ovárica, patología endometrial preneoplásicas) (4).

Un diagnóstico adecuado inicia con la evaluación clínica pero debemos apoyarnos del ultrasonido para así determinar el tratamiento adecuado ya que en la mayoría de casos es quirúrgico; si hacemos un correcto diagnóstico clínico y ultrasonográfico éste debe correlacionarse con el resultado histopatológico.

Se debe tomar en cuenta que un 30% de las pacientes son asintomáticas y el diagnóstico en ocasiones se hace por accidente, porque las pacientes consultan por otras patologías (4).

Por lo que se hace necesario determinar la correlación histopatológica del diagnóstico clínico y ultrasonográfico en mujeres sometidas a histerectomía abdominal que asisten a la consulta externa de ginecología del hospital de Escuintla y con esto crear una base de datos específicos ya que el hospital no cuenta con estudios previos y éste sirva para estudios posteriores. Realizar un

correcto diagnóstico se vuelve un reto, la clínica bien acuciosa, de la mano de un buen reporte ultrasonográfico diagnostican la enfermedad previa a la cirugía, por esa razón en el presente estudio se da a conocer la validez del diagnóstico que se está realizando en la consulta externa de ginecología del Hospital de Escuintla.

Por ultimo hay que recordar el impacto económico que el sistema de salud trae consigo un diagnóstico no adecuado, los días de estancia hospitalaria aumentan y posiblemente también las complicaciones, de la mano acogerían también en este sentido las repercusiones sociales y legales del diagnóstico erróneo, por lo tanto analizar la correlación que he planteado aborda un punto sensible en el diagnóstico y tratamiento de candidatas a histerectomía.

II. ANTECEDENTES

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

La histerectomía se define como la extirpación quirúrgica del útero (2). Una histerectomía abdominal estándar incluye la extirpación del útero y cuello uterino (2).

Es el procedimiento ginecológico más comúnmente realizado, gracias a una serie de factores como los avances en anestesiología, antibioticoterapia y seguridad de la técnica quirúrgica. Dos tercios de las histerectomías son realizadas mediante abordaje abdominal (2).

Las indicaciones para realizar una histerectomía incluyen una o más de las siguientes causas: leiomiomas uterinos (34%), endometritis (19%), prolapso (17,2%), cáncer ginecológico (10,2%) e hiperplasia endometrial (5,6%), las que son responsables del 80% de histerectomías realizadas. Actualmente, se indica el procedimiento en casos de: a) patología maligna (cáncer de vagina, cáncer de cuello uterino, cáncer del cuerpo uterino, cáncer de ovario y trompa, cáncer de colon progresado a útero; b) patología benigna (leiomiomas uterinos, endometriosis, sangrado uterino anormal refractario a tratamiento médico, dolor pélvico crónico, sepsis refractaria al tratamiento médico, prolapso genital, patología ovárica, patología endometrial preneoplásica) y c) patología obstétrica (placenta acreta, hemorragia incoercible postparto, sepsis con foco uterino postparto)(4).

Pueden ocurrir complicaciones de algún tipo hasta en 42% de pacientes sometidas a una histerectomía abdominal y algunas de ellas pueden ser severas (p. ej., infección, hemorragia, lesión del tracto urinario, lesión intestinal y embolia pulmonar (4).

HISTORIA

Algunas referencias a la histerectomía se remontan al siglo V a. C., en la época de Hipócrates. Los primeros intentos de extirpar el útero fueron por vía vaginal por prolapso uterino o inversión uterina. Hacia el siglo XVI d. C, ya se

habían realizado varias histerectomías en países europeos tales como Italia, Alemania y España. La histerectomía vaginal se realizó esporádicamente entre los siglos XVII y XVIII (3).

Los primeros intentos de histerectomía abdominal se efectuaron por leiomiomas confundidos con quistes de ovario. A comienzos del siglo XIX la laparotomía por quistes de ovario seguía siendo considerada peligrosa a pesar de los intentos iniciales exitosos de Mc Dowell en los Estados Unidos y de Emiliami en Europa durante 1815. Washington L. Atlee, de Lancaster, Pennsylvania, realizó la primera miomectomía abdominal exitosa en 1844(3).

En 1878 W.A. Freud, de Alemania refinó la técnica de histerectomía usando anestesia, una técnica antiséptica, la posición de Trendelenburg y una ligadura alrededor de los ligamentos y los grandes vasos. Este cirujano separaba la vejiga del útero y desinsertaba los ligamentos cardinales y uterosacos; luego cerraba el peritoneo pelviano. En las primeras décadas del siglo XX la histerectomía se convirtió en el tratamiento empleado con mayor frecuencia para tratar enfermedades y síntomas ginecológicos. La ginecología estaba en vías de desarrollarse como especialidad y los ginecólogos contaban con poco más que la cirugía para ayudar a sus pacientes. Los estrógenos y la progesterona no fueron descubiertos hasta fines de 1920 y comienzos de 1930(3).

En la práctica moderna de la ginecología el uso apropiado de estos conocimientos y de las tecnologías diagnósticas modernas y avanzadas permiten seleccionar opciones terapéuticas más correctas para enfermedades médicas más complejas. Gracias al uso apropiado de las transfusiones de sangre y los antibióticos, y los avances en las técnicas de anestesia, un cirujano ginecólogo capaz puede realizar una histerectomía con bastante facilidad con una tasa de mortalidad que fluctúa desde 1-2/1000 a 0%(3).

INCIDENCIA

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico muy común. En los Estados Unidos se realizan más de 600.000 histerectomías por año. Esta variación

de tasas de un lugar a otro se debe a varios factores incluidos las expectativas de las pacientes y la disponibilidad de atención médica, pero se relaciona principalmente con los patrones de práctica y de entrenamiento de los cirujanos ginecólogos locales. Las alternativas a la histerectomía han disminuido las tasas de esta operación en los últimos años. La hormonoterapia sistemática ha sido efectiva para el tratamiento de la menorragia (3).

El ginecólogo actual puede elegir entre varias técnicas distintas para realizar una operación. Aunque la histerectomía abdominal sigue siendo el abordaje más empleado, ha habido un incremento de histerectomía vaginal tanto como de laparoscopia (3).

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA

ENFERMEDAD BENIGNA

Sangrado anormal

Leiomiomas / Adenomiosis

Endometriosis

Prolapso de órganos pélvicos

Enfermedad pélvica inflamatoria

Dolor pélvico crónico (2).

ENFERMEDAD MALIGNA

Neoplasia cervical intraepitelial

Cáncer cervical invasor

Hiperplasia endometrial atípica

Cáncer de endometrio

Cáncer de ovario

Cáncer de las trompas de Falopio (2)

ELECCIÓN DEL ABORDAJE

Hoy hay muchos abordajes diferentes para la histerectomía, incluyendo la vía abdominal, transvaginal y laparoscópica. Pueden seleccionarse combinaciones de varias técnicas, como en el caso de la histerectomía vaginal

con asistencia laparoscópica. Aunque la histerectomía abdominal sigue siendo la más común en todo el mundo, hay evidencia proveniente de varios estudios aleatorizados y prospectivos que indican que la histerectomía vaginal tiene menos complicaciones, una estadía hospitalaria más corta, una recuperación más rápida y costes más bajos (3).

La vía de abordaje más utilizada para la exploración en la mayoría de las pacientes que tienen una neoplasia ginecológica es la abdominal. Aunque esto indudablemente seguirá siendo verdad; para las pacientes que tengan cáncer de ovario, que a menudo presentan metástasis extensas pelvianas o en el abdomen superior, así como también en aquellas pacientes obesas con Ca de endometrio, cada vez se usa más las técnicas laparoscópicas y las más recientes técnicas de cirugía robótica incluido el cáncer de cérvix (13).

Otra indicación es el útero grande que no permite un abordaje vaginal seguro, esto obviamente depende mucho de las habilidades y la experiencia del cirujano porque hay varias maniobras que permiten extirpar un útero benigno por vía vaginal. La forma y tamaño del estrecho inferior de la pelvis también son factores clave. Los miomas cervicales o el agrandamiento del cuello uterino por cualquier razón pueden comprometer la exposición vaginal y hacer más difícil la colocación de las pinzas laterales (3).

Una evaluación preoperatoria cuidadosa (que comience con una anamnesis detallada y un buen examen físico y que cuando sea necesario incluya estudio por imágenes como ecografía y/o tomografía computada de pelvis / abdomen), en general permitirá al ginecólogo decidir cuál es el tipo de histerectomía apropiada. Así mismo deben explicarse minuciosamente y analizarse dichas opciones junto con el paciente (3).

DIAGNÒSTICO CLÌNICO DE PATOLOGÌAS UTERINAS.

Leiomiomas Uterinos:

El 50% de las miomatosis uterinas son asintomáticas, la hemorragia uterina anormal se presenta en el 21.4% de las pacientes con miomatosis uterina. Los

síntomas de compresión dependen de su localización anatómica y tamaño. El 33% de las pacientes presentan dolor pélvico (14).

El tacto Bimanual (recto-vaginal) tiene una alta sensibilidad cuando el mioma mide más de 5cm. La exploración ginecológica armada coadyuva a llegar a un diagnóstico diferencial (9).

Síntomas y/o síntomas más frecuentes	
Aumento del tamaño uterino	37.4%
Sangrado	29%
Dolor	17%

(9).

Adenomiosis y signos clínicos:

La sintomatología hemorrágica y dolorosa es multifactorial. Se debería a la sobreexpresión de factores tisulares que tienen un papel importante en la neoangiogénesis. La hipercontractilidad uterina es secundaria a una hipersecreción o a un desequilibrio de la secreción endometrial de prostaglandinas (E y F2), la sobreexpresión de receptores de oxitocina y la activación de las distintas proteínas proinflamatorias (interleucinas, leucotrienos)(10).

La adenomiosis es asintomática en alrededor de un tercio de los casos. Su sintomatología inespecífica se limita a un síndrome doloroso pélvico refractario a los analgésicos habituales y a trastornos hemorrágicos. Puede diagnosticarse en un estudio de infertilidad y, excepcionalmente, por una complicación obstétrica (15).

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

No existen síntomas específicos ni características clínicas que indiquen la presencia de NIC. Sin embargo, muchas de estas lesiones pueden aparecer blancas tras aplicar ácido acético al 3-5% y ser yodonegativas después de aplicar Lugol, pues el epitelio de la NIC contiene escaso o ningún glucógeno (11).

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DEL ÚTERO

La ecografía es sin duda la modalidad de elección para el estudio en imagen de la pelvis femenina, incluyendo el útero y sus estructuras anexiales (5).

Como cualquier prueba clínica, la ecografía pélvica solo debería realizarse si existe una razón clínica válida. Siguiendo las guías del Instituto Americano de Ecografía en Medicina, las indicaciones para ecografía pélvica incluyen pero no se limitan a:

1. Dolor pélvico
2. Dismenorrea (menstruación dolorosa)
3. Menorragia (Hemorragia menstrual excesiva).
4. Metrorragia (Hemorragia uterina irregular)
5. Seguimiento de alteraciones previamente detectadas
6. Evaluación y monitorización de pacientes infértiles
7. Retraso menstrual o Pubertad precoz
8. Hemorragias posmenopáusicas
9. Exploración pélvica anormal
10. Evaluación de anomalías congénitas
11. Localización de dispositivos anticonceptivos intrauterinos.
12. Despistaje de neoplasias malignas en pacientes con riesgo elevado (5).

Técnicas:

Hay que identificar todas las estructuras anatómicas relevantes, primero con una técnica transabdominal y después con una valoración más detallada de las estructuras pélvicas con un ultrasonido transvaginal. Para la transabdominal se emplea un transductor de 3,5 MHz o superior, este debe realizarse con vejiga

llena con el fin de desplazar el intestino en sentido superior fuera de la pelvis verdadera, y proporcionar una ventana acústica para visualizar el útero y anexos (5).

Para la evaluación transvaginal debe vaciarse la vejiga urinaria y la paciente debe estar cómoda pero con la pelvis angulada, se recomienda la utilización de sondas de 5MHz o más (16).

Debe evaluarse e útero forma y tamaño, se evalúa mediante 2 cortes: Longitudinal: permite definir la posición del útero y mide longitud (cuerpo y cuello), espesor (diámetro más ancho AP) del cuerpo y endometrio. Transversal: Evalúa el diámetro transversal máximo, se mide sobre los cuernos uterinos, cerca del fondo (6).

FORMA: El útero tiene forma de pera invertida. Ubicado entre la vejiga por su cara anteroinferior y entre sigmoides y recto por posterior. POSICIÓN: Se encuentra normalmente en anteversión y anteflexión. Versión: relación eje cuello/ vagina. Eje cuerpo: plano horizontal imaginario que pasa por istmo. Flexión: relación eje cuerpo/ cuello. Normal 0 a 20° (7).

Evaluación del miometrio: muscular gruesa ecoestructura sólida isoecogénica. Se divide en tres capas: externa: fina, ecogénica. Media: gruesa (3/4- 4/5 grosor total), fuertemente ecogénica interna: submucosa, fina anecogénica (17).

Evaluación Endometrio Varía según etapa del ciclo menstrual. Se divide en 2 capas: Superficial: funcional Profunda: delgada Existen tres patrones según etapa del ciclo menstrual: 1. Proliferativo 2. Secretor 3. Menstrual (8).

PATOLOGÍAS UTERINAS BENIGNAS

Leiomioma (fibroma)

Los leiomiomas (fibromas) son las neoplasias más frecuentes en el útero y se afirma que aparecen entre el 20 y el 30% de las mujeres de más de 30 años. Estos tumores suelen ser múltiples, y producen un aumento de tamaño del útero

y una superficie lobulada, a diferencia de la adenomiosis que causa un crecimiento uterino globular, pero de contorno liso. Los leiomiomas se pueden presentar como masas pélvicas palpables, crecimiento uterino o como causa de dolor pélvico y hemorragia uterina disfuncional. Los leiomiomas pueden ser intramurales, submucosos, subserosos, intracavitarios o pediculados. En algunas ocasiones, los fibromas exofíticos, pueden proyectarse al interior del ligamento ancho (intraligamentosos). En estas circunstancias el fibroma puede clínica y radiológicamente simular una masa ovárica. Pueden localizarse en el cérvix más que en el miometrio. Una forma poco habitual de fibroma es el leiomioma parásito, un mioma subseroso pedunculado que, si está en estrecho contacto con estructuras adyacentes, puede parasitar su aporte sanguíneo e incluso separarse del útero. Esta clasificación de los leiomiomas es importante porque los síntomas y el tratamiento varían según la localización y el subtipo¹⁵. El crecimiento de los fibromas depende de los niveles de estrógenos. Se puede producir un crecimiento rápido durante el embarazo, pero solo en aproximadamente el 50% de las pacientes (5).

Histológicamente, los leiomiomas están compuestos de músculo liso con cantidades variables de tejido conectivo fibroso. El miometrio circundante puede encontrarse comprimido y formar una pseudocápsula, que puede identificarse fácilmente mediante estudios en imagen de ecografía y RM (18).

Cuando crecen rápidamente, los leiomiomas pueden exceder su aporte sanguíneo, lo que da lugar a su degeneración. Los leiomiomas se identifican con facilidad mediante la ecografía, y tienen a menudo una apariencia variable. El útero puede ser heterogéneo y tener un contorno globuloso, lo que se superpone con la apariencia de una adenomiosis. Los leiomiomas focales suelen ser heterogéneos, pero fundamentalmente hipoecogénicos si se los compara con el miometrio circundante. La heterogeneidad aumenta a medida que los leiomiomas evolucionan, sufriendo varios cambios, como crecimiento, aumento de la fibrosis, degeneración y calcificación. A medida que los leiomiomas aumentan de tamaño tienden a crecer por encima de su aporte vascular, lo que conduce a una

degeneración: hialina, mixoide, calcificación, quística y hemorrágica. Esto puede darle una apariencia más atípica en la ecografía y en la RM. Muchos leiomiomas presentan áreas de atenuación acústica característica, que no siempre es secundaria a la calcificación. Se cree que esta atenuación está causada por la zona transicional entre tejidos apuestos, como el tejido fibroso y el músculo liso; los límites del leiomioma con el miometrio normal adyacente; y los bordes de los remolinos y haces de músculo liso. Esta sombra acústica característica es muy útil para diferenciar un leiomioma exofítico de una masa anexial/ovárica. Se consideraba que este hallazgo era característico y específico de los fibromas, sin embargo, actualmente se reconoce que la adenomiosis con hipertrofia del músculo liso puede producir un aspecto similar. Las calcificaciones distróficas, curvilíneas y con sombra acústica marcada aparecen sobre todo en pacientes posmenopáusicas. La degeneración puede ocasionar cambios quísticos o edemas con pequeños espacios quísticos múltiples. Los fibromas submucosos pueden tener grados variables de extensión intracavitaria. El grado con el que el fibroma se proyecta hacia el interior de la cavidad endometrial sirve para establecer la probabilidad de la resección histeroscópica. Si los fibromas son grandes pueden afectar a la evaluación transvaginal; en estos casos, los estudios en imagen transabdominales pueden mejorar la visualización (5).

Adenomiosis

La adenomiosis es una patología frecuente, aunque a menudo pasa desapercibida. Se encuentra en el 70% de las piezas anatómicas de histerectomía y se caracteriza por la migración de glándulas descritas para la ecografía transvaginal a la hora de identificar la adenomiosis se encuentran en rangos del 53 al 89% y del 67 al 98%, respectivamente, con una precisión global entre el 68 y el 86%(19).

La apariencia en imagen de la adenomiosis se basa en las glándulas ectópicas, que están rodeadas por una reacción estromal de células musculares

lisas densamente agrupadas. A menudo, este proceso da al útero una apariencia globulosa, que se define como un crecimiento esférico del útero sin una masa discreta o alteraciones del contorno. Aunque se puede ver un adenomioma focal, es poco probable que cause alteraciones en el contorno, como sí hacen con frecuencia los leiomiomas. La ecografía transvaginal puede mostrar la anatomía zonal, que se ve frecuentemente alterada por la adenomiosis. Se aprecia un miometrio heterogéneo anormal con áreas de ecogenicidad aumentada o disminuida. Estriaciones hipoecogénicas suelen radiar a través del parénquima afectado, y se cree que son sombras marginales debidas a una hipertrofia extrema del músculo liso. Incluso aunque es muy similar a las sombras producidas por los leiomiomas, la ausencia de márgenes diferenciados y de efecto masa hacen que este hallazgo sea más característico de la adenomiosis. En las ecografías se ven áreas anecogénicas/quísticas que anatomopatológicamente corresponden a glándulas dilatadas. También pueden verse focos hiperecogénicos que representan tejido endometrial. En la adenomiosis suele haber una hipervascularización difusa a través de las lesiones en comparación con el flujo periférico típico que se aprecia en los fibromas. La adenomiosis focal presenta un aspecto más atípico. Se define como una masa focal con márgenes mal definidos, al contrario que los leiomiomas, que tienen un contorno definido. Una vez más, es importante hacer la diferencia entre ambos. Diferenciar lo uno de lo otro es crucial porque la invasión miometrial es un indicador pronóstico importante. Este tipo de diferenciación no se logra con pruebas de imagen y puede resultar difícil mediante histopatología (25).

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE PATOLOGIAS UTERINAS:

LEIOMIOMA:

Está compuesto por fibras lisas y células conectivas; las primeras se disponen en haces arremolinados que recuerdan la arquitectura del miometrio, tienen forma y tamaño uniforme, con un núcleo típico ovalado y procesos citoplasmáticos bipolares alargados. Las imágenes mitóticas son escasas y no se

suelen visualizar células gigantes ni anaplasias. La proporción de tejido conectivo es variable. Los miomas de mujeres jóvenes y de edad avanzada suelen tener mayor cantidad de tejido conjuntivo con hialinización densa del estroma. Se han identificado varios subtipos histológicos de miomas que presentan, no obstante, un aspecto macroscópico similar. – Leiomomas celulares: Constituidos por células pequeñas y citoplasma escaso; su excesiva celularidad puede dificultar el diagnóstico diferencial de los leiomiomas o de los tumores estromales endometriales (5).

– Leiomomas atípicos: Con células atípicas distribuidas por el tumor; se pueden confundir con leiomiomas. El diagnóstico diferencial se hará en función del número de mitosis por campo. Reciben la denominación de leiomiomas bizarros simplasmáticos cuando poseen numerosas células gigantes multinucleadas. – Leiomomas epiteloides: Incluyen los leiomioblastomas, los leiomiomas de células claras y los leiomiomas plexiformes; su conducta clínica va a depender de la atipia, grado de hialinización, tamaño y actividad mitótica. – Leiomomas mixoides: Bien circunscritos sin numerosas mitosis ni atipias. Constituidos por una sustancia mixoide amorfa. Resulta difícil su diferenciación con los leiomiomas. – Lipoleiomomas: Contienen áreas de tejido adiposo, circunscritas o difusas. No deben confundirse con los sarcomas mesodérmicos mixtos. – Leiomomas con túbulos: Son poco frecuentes; se observan túbulos revestidos por epitelio y diferenciación mesotelial (20).

HISTOPATOLGIA DE LA ADENOMIOSIS.

Aspectos microscópicos: El diagnóstico histológico suele ser sencillo si se identifican los islotes de tejido endometrial que disocian los fascículos musculares lisos del miometrio. Sin embargo, en un estado normal, la unión entre el endometrio y el miometrio no está claramente definida (ausencia de membrana basal) y a menudo se encuentran glándulas endometriales (con estroma) en la parte más superficial del miometrio; en tal caso, suele utilizarse el término de

adenomiosis superficial. Se han propuesto distintos criterios para definir la profundidad en el miometrio a partir de la que se puede hablar de adenomiosis. En una pieza de histerectomía, la mayoría de los patólogos aceptan el umbral de 2,5 mm (5).

Los islotes de adenomiosis están constituidos por dos componentes: glándulas endometriales y estroma (corion citógeno). En la mayoría de los casos, el componente glandular es quiescente e inactivo, a diferencia de la endometriosis, donde a menudo es funcional y responde al ciclo hormonal. Esto puede explicar las presentaciones clínicas diferentes: la adenomiosis provoca síntomas relacionados esencialmente con el aumento de tamaño del útero, mientras que los síntomas de la endometriosis se relacionan con la descamación del endometrio (5).

DIAGNÓSTICO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL POR LA HISTOPATOLOGÍA

Puede sospecharse NIC por examen citológico con la técnica de Papanicolaou o mediante examen colposcópico. El diagnóstico final de NIC se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical con sacabocados o una muestra de escisión. Se valora si una muestra tisular cervical presenta NIC y en qué grado, en función de las características histológicas de diferenciación, maduración y estratificación de las células y de las anomalías de los núcleos. Para clasificar la NIC se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas. Los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras, diferenciadas. Al realizar el diagnóstico se evalúan anomalías nucleares como la dilatación, la mayor relación núcleo/citoplasma, la hiper cromasia, el polimorfismo y la variación del tamaño nuclear (anisocariosis). A menudo existe una fuerte correlación entre la proporción del epitelio que presenta maduración y el grado de anomalía nuclear. Las figuras mitóticas de las células en división son poco frecuentes en el epitelio normal y,

cuando existen, se ven solo en la capa parabasal. Conforme se incrementa la gravedad de la NIC aumenta el número de figuras mitóticas, que pueden verse en las capas epiteliales superficiales. Cuanto menos diferenciado es un epitelio, más alto es el nivel en que pueden verse figuras mitóticas (26).

CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO, ULTRASONOGRAFICO E HISTOPATOLOGICO

La correlación entre el diagnóstico clínico que lleva a un procedimiento de histerectomía y su posterior análisis es de vital importancia, pues brinda la oportunidad de obtener una valoración retrospectiva del diagnóstico inicial basado en la gran mayoría de veces en la anamnesis, examen físico y ayudas diagnósticas complementarias de imagen por ecografía comparándolas con una prueba final como es la anatomía patológica. Una de las diferencias más importantes al comparar las biopsias pre y postoperatorias entre los distintos trabajos está en el porcentaje de los casos con cáncer subdiagnosticado en la fase preoperatoria (21).

Toledo, encontró en un estudio en Perú que la principal indicación fue: miomatosis uterina en un 85%, que predominó en multíparas 81%, hubo correlación con la ecografía en el 95% y con anatomía patológica en el 94% en pacientes sometidas a histerectomía abdominal total (21). La correlación clínica y posteriormente histopatológica ha sido estudiada en menor frecuencia, por lo que aún queda la interrogante en nuestro medio de cuál es la correlación clínica entre estos dos diagnósticos (21)

III. OBJETIVOS

3.1 General:

3.1.1 Determinar la correlación histopatológica con los diagnósticos previos clínicos y ultrasonográficos en mujeres sometidas a histerectomía abdominal que asisten a la consulta externa del servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Escuintla durante el año 2015.

3.2 Específicos:

3.2.1 Determinar la patología uterina más frecuente por estudio Histopatológico, clínico y ultrasonográfico de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal.

3.2.2 Establecer la edad más frecuente en mujeres con patología uterina.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño del estudio:

Estudio descriptivo transversal en el servicio de consulta externa de Ginecología del Hospital Nacional de Escuintla durante el año 2015.

4.2 Población a estudio

Todas las Mujeres sometidas a Histerectomía Abdominal en el servicio de Ginecología del Hospital de Escuintla durante el año 2015.

4.3 Selección y tamaño de la muestra

Pacientes sometidas a Histerectomía abdominal con diagnóstico preoperatorio por clínica y ultrasonido con resultado de histopatológico postoperatorio.

4.4 Unidad de Análisis:

Expedientes de pacientes histerectomizadas en el servicio de consulta externa de ginecología del Hospital de Escuintla.

4.5 Selección de los sujetos a estudio

4.5.1 Criterios de Inclusión: Pacientes con expediente clínico llevado en consulta externa de Ginecología del Hospital de Escuintla, sometidas a Histerectomía Abdominal con evaluación clínica y ultrasográfica preoperatoria además de resultado de Patología de la pieza que se extrajo mediante la cirugía.

4.5.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes que no tengan criterios diagnósticos para ser sometidas a histerectomía.

4.6 Definición y Operacionalización de variables:

	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Patología Uterina	Trastorno funcional e histológico del cuerpo uterino.	Revisando los archivos de las pacientes, obteniendo el diagnóstico clínico identificado.	Nominal	Diagnóstico clínico
Edad	Intervalo de edad agrupados cada 10 años	Número de años cumplidos de la paciente, reportado en el expediente.	Numérica	Años cumplidos
Diagnóstico Clínico	Motivo por el cual se llevó a cabo la histerectomía	Impresión clínica obtenida del expediente de la paciente.	Nominal	Historia clínica
Diagnóstico ultrasonográfico	Diagnóstico ecográfico referido tras una valoración de imagenología.	Impresión ultrasonográfica incluida en el expediente	Nominal	Informe del ultrasonido.

Diagnóstico Histopatológico	Diagnóstico proporcionado tras una valoración anatómico-patológica	Informe postoperatorio que se encuentra en el expediente de la paciente.	Nominal	Informe de anatomía patológica
--	--	--	---------	--------------------------------

4.7 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos

4.7.1 Técnica

Después de solicitar la autorización para efectuar la investigación en el Hospital de Escuintla en el área de archivo, en los expedientes de las pacientes que fueron sometidas a histerectomía vía abdominal durante el año 2015, encontré 77 pacientes, de las cuales en archivo me proporcionaron un total de 58 papeletas de pacientes, el resto no encontraron la papelería. La muestra se basó en la existencia o no de diagnóstico clínico y ecográfico preoperatorio además que cada expediente contara con el informe histopatológico postoperatorio para poder así realizar la correlación. Esto determinó una totalidad de 45 pacientes con histerectomía abdominal ginecológica en las cuales se pudo realizar la correlación histopatológica del diagnóstico

clínico y ultrasonográfico. Los datos recolectados se plasmaron en una base de datos en donde se incluyeron las siguientes variables: patología uterina, edad, diagnóstico clínico, diagnóstico ultrasonográfico, diagnóstico histopatológico. Se correlacionó el diagnóstico preoperatorio con el post quirúrgico, donde se hizo la correlación del diagnóstico clínico con el diagnóstico ecográfico, la correlación del diagnóstico clínico con el diagnóstico histopatológico y la correlación del diagnóstico ultrasonográfico con el diagnóstico histopatológico, obteniendo así los resultados de la investigación.

4.7.2. Análisis y Procesamiento de datos

Se llenó adecuadamente la boleta de recolección para recabar los datos necesarios para el estudio. (Ver anexo.), para el procesamiento de la información se utilizó el programa Microsoft Excel. Para el análisis se utilizó el programa EPI-INFO 7.2.01 para tabulación de datos y análisis de la información.

4.7.3 Instrumento

Boleta de recolección de datos incluida en anexos.

4.8 Alcances y límites de la investigación

4.8.1 Alcances

Conocer la correlación histopatológica con el diagnóstico clínico y ultrasonográfico de las pacientes sometidas a Histerectomía en el Hospital de Escuintla.

4.8.2 Límites

Dentro de las limitaciones se encuentra la pérdida de los expedientes de las pacientes, pérdida de algunos resultados de ultrasonidos, extravío de algunas muestras enviadas a patología lo cual imposibilitó ver los

resultados histopatológicos y por consiguiente la inclusión dentro del estudio.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

El estudio es de riesgo categoría I, no presentando ningún tipo de riesgo para la paciente ya este que no interviene en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes. La información recolectada y procesada se recabó de manera anónima y confidencial.

V. RESULTADOS

A continuación se presentan datos de frecuencias y porcentajes en tablas, para realizar la correlación de la población en estudio.

Tabla 1.

Correlación entre el diagnóstico clínico y ultrasonográfico de 45 pacientes sometidas a histerectomía en el servicio de Ginecología del Hospital de Escuintla durante el año 2015

Correlación	Frecuencia	Porcentaje
Sí	42	93.33%
No	3	6.67%
Total	45	100%

Fuente: boleta de recolección de datos

La correlación entre el diagnóstico clínico y de ultrasonido alcanzó un 93.33%; mientras que en el 6.67% de las pacientes el diagnóstico no fue similar.

Tabla 2

Correlación entre el diagnóstico Clínico e Histopatológico de 45 pacientes sometidas a histerectomía en el servicio de Ginecología del Hospital de Escuintla durante el año 2015

Correlación	Frecuencia	Porcentaje
Sí	31	68.89%
No	14	31.11%
Total	45	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

Tras realizar el análisis de los diagnósticos de resultados de Histopatología y compararlos con los diagnósticos clínicos se observó una correlación del 68.89% y en el 31.11% no existe correlación.

Tabla 3

Correlación entre el diagnóstico por ultrasonido e Histopatología de 45 pacientes sometidas a histerectomía en el servicio de Ginecología del Hospital de Escuintla durante el año 2015.

Correlación	Frecuencia	Porcentaje
Sí	31	68.89%
No	14	31.11%
Total	45	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

La correlación entre los diagnósticos por ultrasonografía e Histopatología alcanzó el 68.89% de la totalidad de las pacientes mientras que en un 31.11% no se encontró correlación entre estos diagnósticos.

Tabla 4.

Correlación entre el diagnóstico clínico, por ultrasonido e Histopatología de las 45 pacientes sometidas a histerectomía en el servicio de Ginecología del Hospital de Escuintla durante el año 2015.

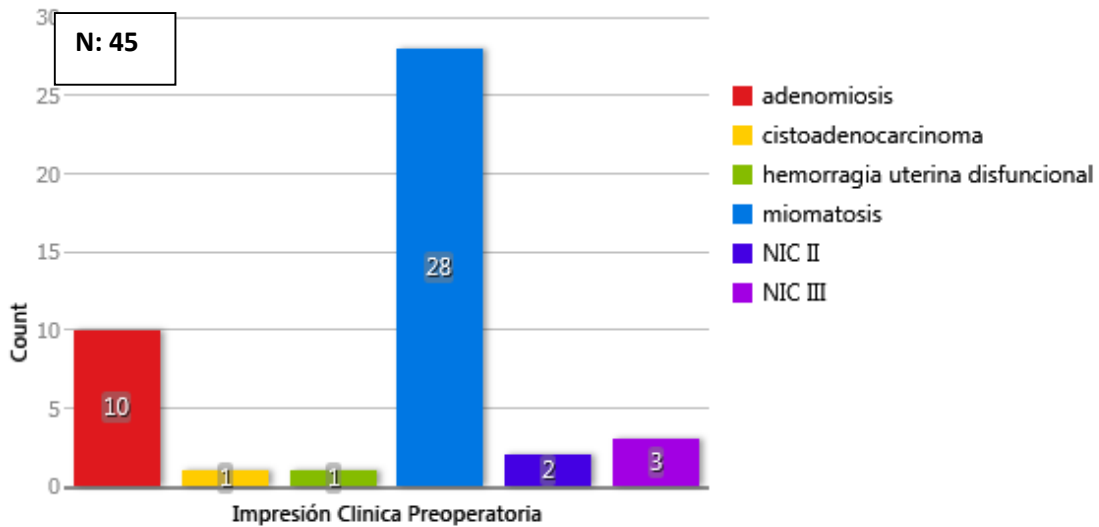
Correlación	Frecuencia	Porcentaje
Sí	30	66.67%
No	15	33.33%
Total	45	100%

Fuente: boleta de recolección de datos.

La correlación entre los 3 diagnósticos se ubicó en un 66.67% y en el 33.33% de los casos no se logró una correlación adecuada entre los 3 diagnósticos.

Gráfica 1.

Distribución según del diagnóstico clínico preoperatorio más frecuente encontrado en las pacientes histerectomizadas vía abdominal durante el año 2015.

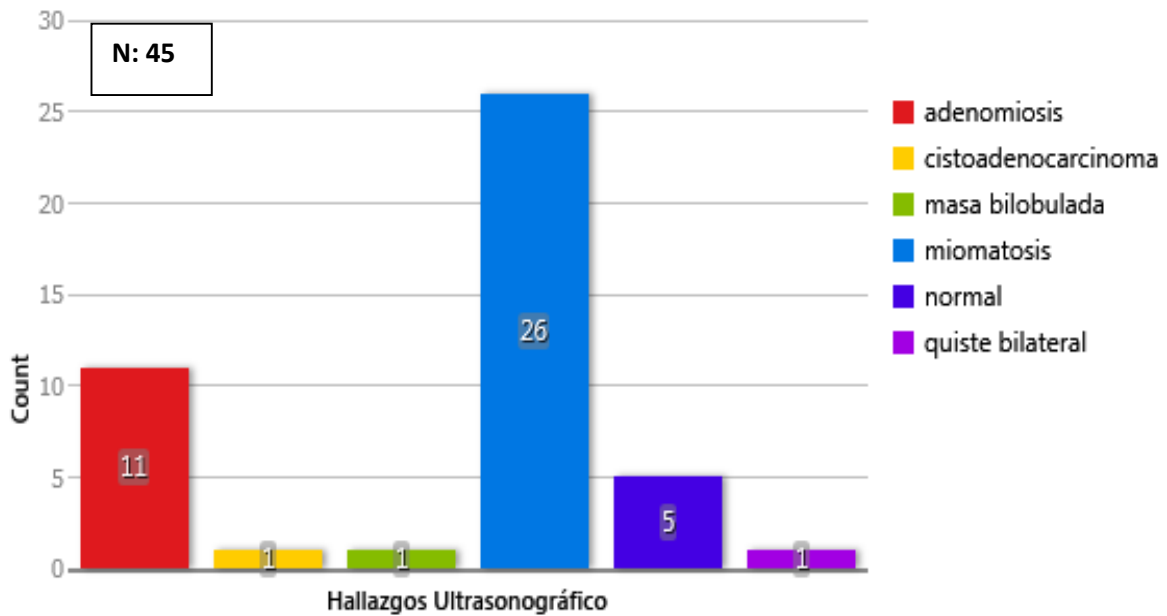


Fuente: boleta de recolección de datos 2015.

En los resultados obtenidos por clínica de las pacientes sometidas a histerectomía vía abdominal se evidencia 28 pacientes (62%) con resultado de miomatosis, 10 pacientes (22%) con diagnóstico de adenomiosis y 3 pacientes (7%) con NIC III.

Gráfica 2.

Distribución del diagnóstico ultrasonográfico preoperatorio más común encontrado en las pacientes histerectomizadas vía abdominal durante el año 2015.

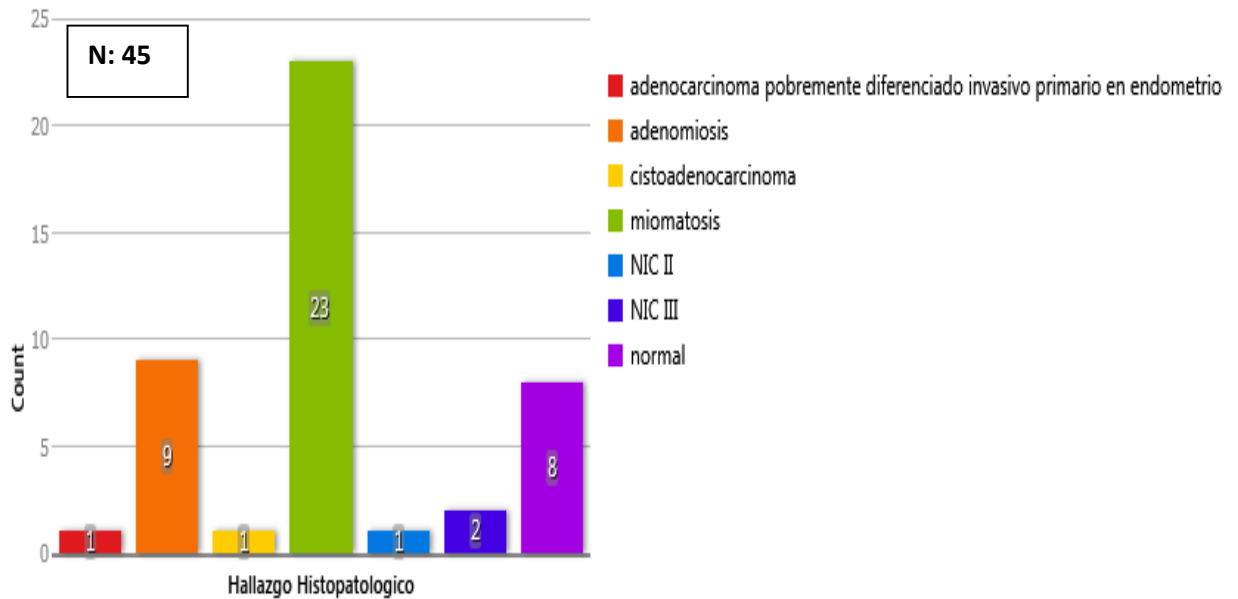


Fuente: boleta de recolección de datos 2015.

En los resultados de los reportes ultrasonográficos obtenidos se evidencia 26 pacientes (58%) con resultado de miomatosis, 11 pacientes (24%) con adenomiosis y 5 pacientes (11%) con resultado de ultrasonido normal.

Gráfica 3.

Distribución del diagnóstico histopatológico postoperatorio más común encontrado en las pacientes histerectomizadas vía abdominal durante el año 2015.

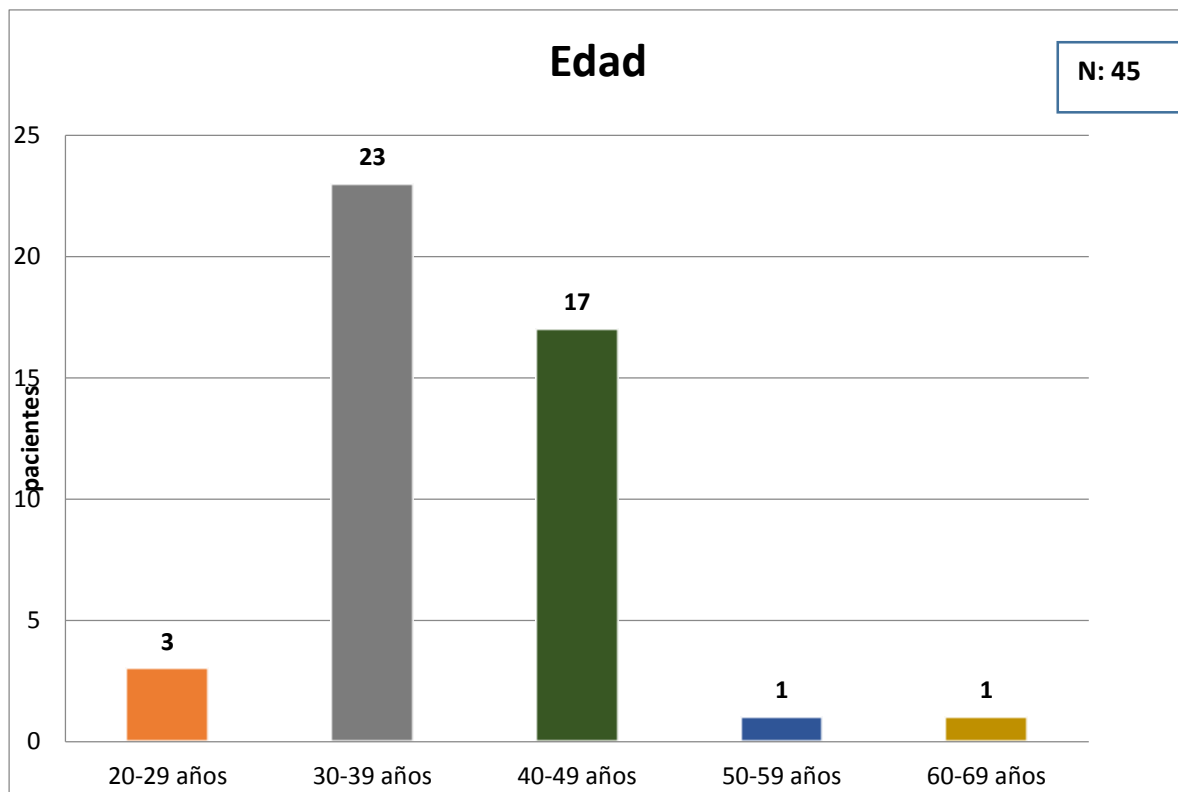


Fuente: boleta de recolección de datos 2015.

En los resultados de los diagnósticos histopatológicos de las pacientes sometidas a histerectomía vía abdominal se evidencia con mayor frecuencia el diagnóstico de miomatosis con 23 pacientes (51%). Se encontraron 9 pacientes (20%) con resultado de adenomiosis y 8 pacientes (18%) con resultado histopatológico normal.

Gráfica 4.

Distribución de la edad más frecuente en mujeres con patología uterina, sometidas a histerectomía vía abdominal durante el año 2015.



Fuente: boleta de recolección de datos 2015.

En los resultados obtenidos la mayoría de pacientes están comprendidas en un rango de 30-39 años siendo en total de 23 pacientes (51%). 17 pacientes (38%) entre el rango de 40 a 49 años y entre el rango de 20-29 años un total de 3 pacientes (7%).

VI. ANALISIS Y DISCUSIÓN

La histerectomía es un procedimiento que cada día se lleva a cabo con más frecuencia en nuestros servicios de Salud, esto probablemente debido a un diagnóstico más temprano de patologías que anteriormente no se detectaban; sin embargo también existe la posibilidad de que se magnifiquen problemas y la resolución no sea la vía quirúrgica; de ahí la importancia de los exámenes complementarios como el ultrasonido para apoyar el diagnóstico inicial.

El resultado de anatomía patológica nos brinda un diagnóstico más certero y pone en evidencia todo el proceso que se llevó a cabo durante el tratamiento de estas pacientes, el presente estudio correlacionó el diagnóstico clínico, por ultrasonido y diagnóstico histopatológico en 45 pacientes histerectomizadas en el Hospital de Escuintla durante el año 2015.

Al momento de analizar la correlación entre el diagnóstico clínico y de ecografía el valor calculado fue de 93.33% lo que representa que 42 pacientes recibieron un diagnóstico clínico y por ecografía similar. Toledo (21) encontró que la correlación clínica-ultrasonográfica fue del 95% una correlación muy cercana a la encontrada en nuestra población con el 93.33%. Toledo (21) también encontró que la correlación del diagnóstico clínico-histopatológico fue del 94%, en nuestra población esta correlación fue menor y se ubicó en un 68.89% encontrándose ya entre estos estudios una diferencia negativa marcada. Llama la atención las diferencias entre estas 2 correlaciones, se coincide grandemente entre la clínica y ecografía pero esta seguridad en los diagnósticos disminuye casi el 25% al momento de analizar la clínica y el resultado histopatológico.

Apolo (24) Encontró en su estudio que la correlación entre el diagnóstico ultrasonográfico y el diagnóstico histopatológico es alta y positiva, ya que en el 68.62% de los casos se confirmó el diagnóstico ultrasográfico con el estudio histopatológico, similar a lo encontrado en este estudio con un 68.89% que corresponde a la correlación de ultrasonido con histopatología.

Ayala y colaboradores (23) encontraron que la principal indicación de histerectomía fue: miomatosis uterina en 58.6%, al igual que esta investigación coincide en que el diagnóstico más comúnmente encontrado fue miomatosis uterina con un porcentaje incluso mayor, siendo en clínica en un 62% con 28 pacientes, ultrasonografía 58% con 26 pacientes y en diagnóstico histopatológico 23 pacientes que corresponden a un 51%.

Analizando la población que fue sometida a histerectomía en el año mencionado, se encuentra que el rango de edad más común encontrado está entre 30-39 años; es decir que la mayoría de las mujeres se encuentran en la tercera década de la vida; al respecto Torres y colaboradores (22) encontraron que la edad de mayor presentación de histerectomía fue entre los 31-45 años.

La correlación entre los diagnósticos en el presente estudio fue elevada y similar a otras investigaciones realizadas por diferentes autores, correspondiéndose con un manejo adecuado de las patologías uterinas en las cuales está indicada la histerectomía, generando confianza en el departamento de Ginecología del hospital de Escuintla.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1. La correlación del diagnóstico clínico - ultrasonográfico fue de 93.33%. La correlación clínico–histopatológica y ultrasonográfico–histopatológica fue de 68.89% en ambos. Al realizar la correlación de los 3 diagnósticos (clínica – ultrasonido e histopatología) se obtuvo un 66.67%. Sí existe una correlación adecuada histopatológica del diagnóstico clínico y ultrasonográfico en el departamento de Ginecología del Hospital de Escuintla, generando confianza diagnóstica y terapéutica en las pacientes con patología uterina consultantes a nuestro departamento.
- 6.1.2. La patología uterina más frecuente por diagnóstico clínico, ultrasonográfico e histopatológico encontrada fue la miomatosis uterina con un porcentaje de 62%(28 pacientes), 58%(26 pacientes) y 51%(23 pacientes) respectivamente
- 6.1.3 Se determinó que el rango con mayor frecuencia en el estudio fue 30-39 años con un total de 23 pacientes (51%), y 40-49 años con 17 pacientes (38%), siendo la tercera y cuarta década de la vida la edad más frecuente en nuestra población a estudio lo que se relaciona directamente con la literatura consultada.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Dar a conocer los resultados de esta investigación a los colegas médicos ginecólogos del hospital de Escuintla para hacerles saber que con una adecuada historia clínica, un examen físico dirigido, ultrasonografía y exámenes complementarios se hace un buen diagnóstico y adecuado tratamiento a las pacientes

- 6.2.2 Tener presente como Ginecólogos que la miomatosis por ejemplo que es el diagnóstico más comúnmente encontrado en las pacientes consultantes es una patología que puede ser concomitante con otras patología premalignas y malignas cuyo manejo debe ser cuidadoso, por lo que es obligación del clínico estar lo más seguro posible de su diagnóstico antes de someter a una paciente a una intervención quirúrgica para evitar riesgos y complicaciones

- 6.2.3 Tener un mejor control en el departamento de archivo ya que existe mucho extravío de papeletas.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Resultados histopatologicos en mujeres sometidas a hysterectomia con diagnostico de miomatosis uterina por clinica y ultrasonido. Portales medicos. 2013 Julio.
2. Rock JI. HISTERECTOMIA. In Te Linde. Ginecologia Quirurgica. novena ed.: Editorial panamericana p. 865 - 896.
3. Ortega R. servicios asistenciales ginecologia y obstetricia. [Online].; 2011 [cited 2017 enero. Available from: www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_histerectomia_Abdomina.pdf.
4. Carpio L. Rev Per Ginecol Obstet. [Online].; 2009. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A09V55N4.pdf.
5. Callen PW. Ecografia en obstetricia y Ginecologia. In.: elsevier masson; 2009. p. 919 - 941.
6. Aguilera s, Quiroz I, zuñiga I, Rodriguez j. ECOGRAFIA GINECOLOGICA. [Online]. Available from: http://www.cerpo.cl/_items/File_002_0065_0027.pdf.
7. Cunningham F, MacDonald pIK. Williams Obstetricia. vigesimasegunda ed.: Medica panamericana; 1998.
8. J T. The role of ultrasound in gynecology. septima ed.; 2007.

9. lizana s, aguilera s, zuñiga I. ECOGRAFIA GINECOLOGICA.
Seminario 89. Chile: Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Dr Luis Tisne Brousse.
10. cunnigham F, Macdonald. Williams Obstetricia. vigesima segunda
ed.: Medica Panamericana; 1998.
11. LIBRO DE APGAR capitulo 2 pag de la 13-19
12. J T. The role of ultrasound in gynecology. septima ed.; 2007.
13. Catalogo maestro de guias de practica clinica IMSS-082-08.
[Online]. Available from:
www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082_GPC_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS_RR_CENETEC.pdf.
14. Z.A. B. Diagnostico de la adenomiosis. Ginecologia y obstetricia.
2014 diciembre; 50(4).
15. CORRELACION DE LA HISTEROSCOPIA Y BIOPSIA EN EL
ESTUDIO DEL ENGROSAMIENTO ENDOMETRIAL PATOLOGICO
POR ULTRASONIDO. Revista chilena de ginecologia y obstetricia.
2007; II(72).
16. Documentos de consenso S.E.G.O. [Online].; 1998 [cited 2015].
Available from:
www.sego.es/Content/pdf/mimatosisuterina_1998.pdf.
17. [Online]. Available from:
bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=ink&exprSearch=279312&indexSearch=ID.

18. [Online]. Available from:
www.aecid.org.sv/wpcontent/uploads/2012/ultrasonografia_INS.pdf?5b637b.
19. Baggish M, Mickey M. Atlas de anatomia de la pelvis y cirugia ginecologica. segunda ed. Buenos aires: medica panamericana; 2009.
20. [Online]. Available from:
es.slideshare.net/ManuelEstebanMercado/tecnica-quirurgica-de-histerectomia-abdominal.
21. G T. Caracterizticas clinicas y epidemiologicas de las pacientes sometidas a histerectomia abdominal total en el Hospital Carlos lanfranco. Horizonte Medico. 2012 julio; 12.
22. R O. [Online]. Available from:
www.hvn.es/servico_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_histerectomia_abdominal.pdf.
23. Ayala R, Briones C, et.al. [Online]. Available from:
www.scielo.org.ve/pdf/og/v69n2/art04.pdf
www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom1011e.pdf.
24. Apolo M. [Online].; 2012. Available from:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/7245/1/apolo%20castillo%20Maritza%20faviola%20.pdf>.

25. Centrodeartigos. [Online].; 2014. Available from: http://centrodeartigo.com/articulos-educativos/article_14841.html.

26. C B, Briceño L, S G. RevObstetGinecolVenez. [Online].; 2009. Available from: www.scielo.org.ve/pdf/og/v69n2/art04.pdf



VIII ANEXOS

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Empty rectangular box for registration or identification.

BOLETA PARA RECOLECCION DE DATOS

1. Edad: _____ 2. Número de Registro: _____

3. Impresión clínica preoperatoria: _____

4. Síntomas y signos:

Table with 4 columns and 2 rows. Row 1: Hemorragia Uterina Anormal, empty, Útero aumentado de tamaño, empty. Row 2: Dolor pélvico, empty, Dispareunia, empty.

✓ Otros:

Gestas _____ Partos: _____ CSTP: _____

Abortos: _____ Menarquia: _____

Menopausia: _____ Coitarquia: _____

Parejas: _____

Uso de Terapia de Restitución Hormonal: _____

6. Hallazgo Ultrasonográfico:

7. Hallazgo Histopatológico

PERMISO DE AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA DEL DIAGNOSTICO CLINICO Y ULTRASONOGRAFICO EN MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.