

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE PACIENTES
CON PATOLOGIA UTERINA”**

Estudio descriptivo que se realizó en pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de patología uterina, atendidas en el Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo, IGSS zona 6, en el período del 1ro. de enero al 31 de diciembre del 2000.

TESIS

Por

YOLANDA MARIA MENDEZ TEJADA
Carnet: 9522393

Guatemala, octubre 2001.

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Definición y análisis del problema	2
III.	Justificación	3
IV.	Objetivos	4
V.	Revisión Bibliográfica	5
	A. El Utero	5
	B. Patologías Uterinas Benignas	8
	1. Leiomiomas uterinos	8
	2. Hiperplasia endometrial	12
	3. Polipos endometriales	14
	4. Adenomiosis	15
	C. Patologías Uterinas Malignas	17
	1. Cáncer Uterino	17
	a) Cáncer Endometrial	17
	b) Sarcoma Uterino	24
	D. Otras Patologías Uterinas	26
	1. Hipertrofia Difusa del Miometrio	26
	2. Metaplasia Ósea	26
VI.	Metodología	28
VII Y VIII.	Presentación y Análisis de resultados	31
IX.	Conclusiones	44
X.	Recomendación	45
XI.	Resumen	46
XII.	Referencias Bibliográficas	47
XII.	Anexos	51

I. INTRODUCCION

Las patologías uterinas son lesiones propias del cuerpo uterino que se acompañan de múltiples sintomatologías que alteran la calidad de vida de las pacientes. La histerectomía es el método terapéutico que se utiliza con frecuencia para reseca estas entidades patológicas, disminuyendo las complicaciones que estas suelen tener. (1, 6, 7, 8, 9)

El presente trabajo tuvo como objeto caracterizar epidemiológicamente a las pacientes con diagnóstico de patología uterina que consultaron a la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), durante enero a diciembre del año 2000. Se revisó los expedientes de 506 mujeres, pero solo en 360 de ellas se encontró la información para ser incluidas en este estudio. De las 360 pacientes investigadas, el 79% de ellas esta comprendido entre los 35 y 49 años. El diagnóstico más frecuente por clínica y ultrasonido fue el de leiomiomatosis con una relación de 97%; sin embargo el diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue adenomiosis, presentando una prevalencia de 51% con respecto al total de casos estudiados; seguida por la leiomiomatosis quien presenta una relación clínico patológica baja del 50%. Los síntomas más frecuentes fueron hemorragia uterina anormal y dolor pélvico crónico con una incidencia de 66 y 63%, respectivamente. El signo más frecuente fue encontrar el útero aumentado de tamaño, en 58% de los casos. Los antecedentes médicos se encontraron presentes en 50% de las pacientes, sin encontrar una relación clara con estas lesiones uterinas.

La prevalencia de patologías uterinas en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS, fue de 19 pacientes por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva consultante durante el año 2000. Se encontró 12.5% (45) de pacientes con resultado histopatológico uterino normal, porcentaje que aunque no es tan alto llama la atención su prevalencia. La relación clínico – patológica fue de 50% y 61% para leiomiomatosis e hiperplasia endometrial respectivamente y se observó una frecuencia de adenomiosis de 51%; concluyendo que el método que nos proporciona el diagnóstico confiable es el anatomopatológico.

Se sugiere correlacionar la sintomatología clínica con los hallazgos ultrasonográficos en el consultorio con cada paciente para no dejar pasar por desapercibido aspectos importantes al momento de diagnosticar patologías uterinas y utilizar los procedimientos diagnósticos necesarios para llegar al diagnóstico definitivo antes de someter a la paciente a un tratamiento.

II. DEFINICION Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La patología uterina se refiere a trastornos funcionales e histológicos del cuerpo del útero propiamente, puede afectar sus tres capas, pero más frecuentemente al endometrio y miometrio. Pueden ser de características benignas o malignas. Entre las lesiones benignas se mencionan los leiomiomas, hiperplasia endometrial, pólipos, adenomiosis y otros menos frecuentes. La patología maligna más frecuente es el cáncer endometrial. (1,18)

La sintomatología más frecuente es la hemorragia uterina anormal (aunque el hallazgo de ésta no excluye la presencia de otros problemas extrauterinos), seguida de dolor pélvico. Como hallazgos importantes se encuentran un útero aumentado de tamaño, dolor a la palpación pélvica y masa pélvica palpable. Pueden presentarse antecedentes de infertilidad, tratamiento con esteroides, uso continuo y prolongado de tamoxifén, e historia de dispareunia. Su frecuencia es más notoria después de los 30 años. (1, 9, 14)

Actualmente el ultrasonido se utiliza con mucha frecuencia para el diagnóstico de patología uterina, el cual puede ser transvaginal o pélvico. Para confirmar el diagnóstico generalmente se realiza estudio anatomopatológico del cuerpo uterino. (1, 6, 7, 10)

Los problemas que causan las patologías uterinas se han hecho un motivo muy frecuente de consulta con el ginecólogo. Aún no se ha determinado la incidencia de este problema sobre el total de casos de consulta ginecológica en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS; pero se hace importante conocer las características que presentan estas pacientes para anticipar su evolución y poder tratarlas adecuadamente.

III. JUSTIFICACION

La edad a la que la mujer inicia su menarquia, las características de su ciclo menstrual, el número de veces que se ha embarazado, lo mismo que la interrupción de los períodos, constituyen información de gran importancia que puede tener un impacto muy amplio sobre muchas enfermedades, entre ellas cardiopatías, osteoporosis, endometriosis, fibromas, cáncer de mama, endometrio u ovario. (1)

No hay información global sobre patologías uterinas, pero los leiomiomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes del útero, encontrándose hasta en 70% de las muestras quirúrgicas y son los responsables de 200,000 hysterectomías al año. (1, 6, 7, 8, 9)

La adenomiosis es una causa de hemorragia intermenstrual e irregular, y de menorragia, en 2 a 12% de las hemorragias posmenopáusicas. Está presente en más del 40% de las mujeres a quienes se les realizó hysterectomía y puede ser confundida por leiomiomas. (1, 6)

De las patologías malignas del útero, la más frecuente es el carcinoma endometrial que constituye 40% de todos los carcinomas ginecológicos. En México su frecuencia es menor, pues constituye únicamente 5% de los carcinomas ginecológicos que se atienden. Representa aproximadamente 34000 nuevos casos y 6000 muertes actualmente en Estados Unidos. Este cáncer es el cuarto en frecuencia, después del cáncer de colon, pulmonar y de mama; y es la séptima causa de muerte por enfermedades malignas en mujeres. De manera global, 2 a 3% de las mujeres desarrollan cáncer endometrial durante toda su vida; y 10% de las mujeres con sangrado posmenopáusico tienen cáncer de endometrio. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres entre el sexto y séptimo decenios de la vida; siendo 75% de los casos en mujeres mayores de 50 años. Menos del 5% de las mujeres con cáncer endometrial están asintomáticas y cerca del 90% experimentan hemorragias de descargas vaginales como única manifestación clínica. (1, 17, 18, 19, 20)

El ultrasonido ha sufrido una evolución en cuanto a la tecnología disponible y su participación en la ginecología. La ultrasonografía aumentará su participación en la valoración de pacientes con hemorragia posmenopáusica o perimenopáusica sintomática, especialmente con el número creciente de aquellas bajo hormonoterapia de reposición, y la hemorragia irregular vinculada con él. La histeroscopia y legrado adicionales seguirán teniendo un papel como segunda línea de detección de patologías uterinas. (1, 10)

Se ha documentado que la hemorragia peri y posmenopáusica ha aumentado a raíz del uso de la terapia de restitución hormonal y esto a la vez a traído problemas que se han visto en aumento. Un estudio no invasivo del endometrio mediante el uso de USG debe ser considerado como una alternativa para controlar el crecimiento endometrial y evitar la toma innecesaria de biopsias. (1, 14, 23)

IV. OBJETIVOS

A. *GENERAL:*

1. Caracterizar epidemiológicamente a las pacientes con diagnóstico de patología uterina que consultaron a la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, del IGSS zona 6, durante el año 2000.

B. *ESPECIFICOS:*

1. Identificar los problemas uterinos que se diagnostican con mayor frecuencia.
2. Determinar el grupo etáreo más afectado por cada patología uterina observada.
3. Determinar la sintomatología que las lleva a consultar.
4. Identificar los antecedentes ginecoobstétricos que se relacionan con patología uterina.
5. Describir los tipos de tratamiento.
6. Comparar el diagnóstico clínico, ultrasonográfico y anatomopatológico de los casos estudiados.

V. REVISION BIBLIOGRAFIA

Entre los problemas ginecológicos frecuentes que dan sospecha de patología uterina se describen la hemorragia anormal y tumoraciones pélvicas. Las causas de estos problemas varían según la edad. (1)

Más allá del segundo año que le siguen a la menarquia, los ciclos menstruales se ajustan a una duración de 21 a 40 días, con un flujo menstrual que dura menos de siete días. Conforme la mujer se aproxima a la menopausia, la duración del ciclo se vuelve más irregular puesto que una proporción mayor de los mismos son anovulatorios. Aunque a menudo la causa de hemorragia irregular es hormonal, pueden presentarse causas anatómicas. (1)

Los trastornos benignos más frecuentes del útero son leiomiomas, pólipos e hiperplasia endometrial y adenomiosis; y malignos como el cáncer endometrial.

A. *EL UTERO*

Es la parte del aparato reproductor femenino que recibe al huevo fecundado procedente de la trompa de Falopio y provee su desarrollo.

En los embriones femeninos, los conductos mesonéfricos se retrogradan y los conductos paramesonéfricos se desarrollan en el conducto genital femenino. Las porciones craneales sin fusionar de los conductos paramesonéfricos devienen en las trompas de Falopio, mientras que las porciones fusionadas que constituyen el canal o primordio uterovaginal originan el epitelio y las glándulas del útero. El estroma endometrial y el miometrio se derivan del mesénquima adyacente. (2)

1. Situación: Está situado en la cavidad pélvica, en la línea media, entre la vejiga y el recto, por encima de la vagina y por debajo de las asas intestinales y del colon ileopélvico.
2. Su forma: Es la de un cono truncado, aplanado de adelante hacia atrás, y cuyo vértice se orienta hacia abajo. Presenta un poco más debajo de su parte media un estrangulamiento llamado istmo, que divide este órgano en dos partes: cuerpo y cuello.
3. Dimensiones: En la nulípara mide 6.5cm de longitud, siendo el cuerpo de 3.5cm; 4cm de ancho y 2cm de espesor. En las multíparas la longitud varía de 7 a 8cm, con 5cm de ancho y 3cm de espesor.

4. Su consistencia y posición: Firme con posición en anteflexión y retroversión, y móvil.
5. Configuración interna de la cavidad uterina: La cavidad del cuerpo uterino es lisa, de forma triangular. Sus dos paredes, anterior y posterior, se adosan entre sí. La base de la cavidad, convexa en las nulíparas y cóncava en la multípara, corresponde al fondo del útero. Los bordes laterales son convexos. En los ángulos superiores o laterales se encuentran las aberturas de las trompas. El ángulo inferior comunica con la cavidad del cuello por el estrechamiento ístmico.
6. Estructura del útero: La pared uterina está compuesta por tres túnicas que son, de afuera hacia adentro: túnica serosa, túnica muscular y túnica mucosa.
 - a) Túnica serosa o peritoneal: el peritoneo que tapiza la cara superior de la vejiga se refleja sobre la cara anterior del útero a nivel del istmo. La serosa recubre enseguida la cara anterior del cuerpo uterino, el fondo y la cara posterior de este órgano.
 - b) Túnica muscular o miometrio: en el cuerpo las fibras lisas se disponen en tres capas: externa, media e interna. La capa externa, muy delgada, tiene un plano superficial de fibras longitudinales y un segundo plano de fibras circulares. La capa media, muy gruesa, constituida por fascículos entrecruzados en todos los sentidos que envuelven a numerosos vasos, por lo que se le conoce como stratum vasculosum. La capa interna esta integrada por fibras circulares y muy escasas longitudinales.
 - c) Túnica mucosa o endometrio: es delgada y friable, de contenido glandular que se adhiere al músculo. (3,4)
7. Histofisiología del miometrio: El mantenimiento del tamaño normal del útero depende del estrógeno producido por el ovario y transportado al útero por la sangre. En ausencia de estrógenos, el músculo liso uterino se atrofia. En el útero normal no gestante, la musculatura está experimentando continuamente contracciones miogénicas intermitentes y poco tensas que no son percibidas subjetivamente. Suelen exagerarse durante la estimulación sexual o durante la menstruación, dando lugar a un dolor de tipo espasmódico.

En el período de gestación se reduce la actividad del miometrio. Los niveles de progesterona producidos por el cuerpo lúteo inhiben la contractilidad del miometrio y la eliminación de esta inhibición al final de la gestación inicia el trabajo de parto. Se cree que este efecto es mediado por la hormona relaxina.

La contractilidad del útero es incrementada por la oxitocina, una hormona de la neurohipófisis, la cual aumenta en los últimos meses de la gestación y acelera el momento de comenzar el parto. Se cree que las prostaglandinas, que son liberadas por las membranas fetales al final del embarazo, aumentan la intensidad de las contracciones del útero. Otros factores mecánicos aumentan la contractilidad uterina como el estiramiento de la pared de las vísceras huecas, el estiramiento del cuello uterino, la cabeza fetal encajada. (5)

8. Histofisiología del endometrio: su función primaria es la preparación para la implantación del huevo fecundado y la formación de la placenta. Sus cambios estructurales y funcionales mensuales dependen de las hormonas segregadas por los ovarios. El endometrio es de unos 5mm de espesor en el máximo de su desarrollo durante el ciclo menstrual normal. Está constituido por epitelio superficial que se invagina para formar numerosas glándulas uterinas tubulares. El epitelio superficial es cilíndrico simple y está formado por una mezcla de células ciliadas y secretoras.

Su aporte sanguíneo esta dado por las arterias arqueadas, ramas de la uterina, y luego a las arterias basales, que irrigan la porción profunda del endometrio. En el ciclo menstrual normal, el endometrio presenta cambios morfológicos y funcionales que dependen de la funcionalidad del ovario; estas fases son la proliferativa o folicular, secretora o luteínica y menstrual. (5)

9. Vascularización e Inervación del útero: El útero esta vascularizado por la arteria uterina, rama visceral de la arteria ilíaca interna, que irriga la parte superior de la vagina con ramas para las trompa y los ovarios. El drenaje venoso del útero desenvocan en los plexos uterinos que se anastomosan con las venas ováricas formando los troncos hipogástricos. Los linfáticos del cuerpo uterino drenan a los ganglios latero-aórticos, pre-aórticos próximos al origen de la cadena ganglionar mesentérica inferior, de la cadena media, de los ganglios iliacos externos y ganglios inguinales superiores, superficiales e internos. Es inervado por el plexo uterino, rama del plexo hipogástrico. (3, 4)

10. Anatomía uterina ultrasonográfica:

El útero ocupa un punto de referencia central en las imágenes pélvicas porque esta localizado centralmente y tiene claras características anatómicas, y usualmente es el primer órgano identificado en las imágenes endovaginales. Este órgano puede estar en anteroflexión o retroversión por lo tanto este puede ser traccionado o empujado por algún tipo de patología uterina y/o anexos. Por esta razón la imagen pélvica es usualmente definida por el eje del órgano antes que los ejes de los planos del cuerpo. (6)

La identificación del útero es posible porque este tiene un punto característico que es el endometrio. En la proyección longitudinal del útero, tres capas están bien definidas: el miometrio, el miometrio interno y el endometrio. Hay que tomar en cuenta que la proyección longitudinal va del fondo al cervix tomando como punto de referencia al endometrio. (6)

B. PATOLOGIAS UTERINAS BENIGNAS

1. LEIOMIOMAS UTERINOS

a) DEFINICION:

Los leiomiomas uterinos, miomas o fibroides, llamados así porque se originan del músculo liso, son los tumores benignos más frecuentes del útero, y se han encontrado hasta en un 70% de las muestras quirúrgicas y son los responsables de 200,000 histerectomías al año. Se encuentran en por lo menos 120% de todas las mujeres en edad reproductiva. (1, 6, 7, 8, 9)

Pueden ocurrir de manera aislada, pero a menudo son múltiples que varían de tamaño, desde microscópicos hasta mayores de 50 kg. A partir de cierta magnitud producen aumento y probable deformación del tamaño del útero. La consistencia de un mioma varia entre dura y pétrea (calcificado) o blanda (quístico). Estos tumores no tienen una cápsula verdadera, sus bordes son definidos y no infiltrativos; suele estar separado del miometrio por una pseudocápsula del tejido conjuntivo que permite su enucleación con facilidad en el momento de la intervención quirúrgica. Cada tumor suele tener un vaso sanguíneo importante. Estos nódulos pueden originarse en el cuello o más frecuentemente en el cuerpo uterino. (1)

Por su localización pueden ser:

- i. Subserosos (proyectándose por fuera de la superficie peritoneal uterina),
- ii. Intramural o intersticial (confinados al miometrio),
- iii. Submucosos (proyectándose en la cavidad uterina distorsionando el endometrio y el contorno de la cavidad),
- iv. Interligamentoso (proyección de la lesión subserosa entre las hojas del ligamento ancho),
- v. Pediculados

No se conoce la causa de los leiomiomas uterinos, pero se ha sugerido que se originan de una sola célula neoplásica dentro del músculo liso del miometrio. Se ha descrito que los miomas aumentan de tamaño durante el embarazo, y experimentan regresión al llegar la menopausia, pero aún no se han demostrado cambios de tamaño en 90% de las pacientes. Es extremadamente rara la degeneración maligna de un leiomioma preexistente, este fenómeno se produce en 0.5 a 1% de los casos; sin embargo puede coexistir una lesión endometrial como hiperplasia o carcinoma. (1, 7)

b) SINTOMATOLOGIA:

Estas anomalías se hacen frecuentes durante la última fase reproductora de la vida. Más del 50% de las mujeres son asintomáticas detectándose en forma incidental por histopatología o por presentar hemorragia uterina anormal, crecimiento uterino o dolor pélvico, infertilidad, dismenorrea o hipermenorrea. Los síntomas aparecen dependiendo de su tamaño, número, localización y degeneración. La mitad de todas las mujeres mayores de 35 años de edad presentan leiomiomas uterinos. Son más frecuentes en mujeres afroamericanas (de 3 a 9 veces) que en blancas; y se le asume una predisposición genética. (1, 6, 7, 8, 9)

El síndrome más frecuente que acompaña a los miomas y el que produce intervención quirúrgica es la menorragia, que se encuentra en la tercera parte de las mujeres que se someten a miomectomía. Puede haber dolor pélvico crónico. El dolor agudo se debe a torsión de un mioma pediculado o de infarto y degeneración. Pueden existir los siguientes síntomas urinarios: micción frecuente por presión extrínseca sobre la vejiga, obstrucción ureteral parcial causada por presión de grandes tumores a nivel del estrecho pélvico y rara vez obstrucción ureteral completa a causa de elevación en la base de la vejiga por el leiomioma cervical o uterino bajo. (1, 7)

Otros síntomas que rara vez se relacionan con miomas son la compresión rectosigmoidea con estreñimiento u obstrucción intestinal, prolapso de un tumor submucoso pediculado a través del cuello uterino, estasis venosa de las extremidades inferiores, tromboflebitis secundaria a compresión pélvica, policitemia, ascitis. (1, 7)

Se han identificado varios mecanismos por los que los leiomiomas causan hemorragia anormal. Dichas teorías mencionan ulceración sobre un tumor submucoso, anovulación, aumento del área de la superficie endometrial, interferencia de los leiomiomas con la contractilidad uterina normal, compresión de los plexos venosos del miometrio y el endometrio adyacente.

Los miomas son una causa primaria poco frecuente de esterilidad, y se han informado como causa única en 3% de las pacientes estériles. Las mujeres con leiomiomas tienen una tasa del 10% de complicarse durante el embarazo. (1, 7, 8)

c) DIAGNOSTICO:

El diagnóstico clínico se basa en un útero aumentado de tamaño irregularmente. Entre los estudios de laboratorio se debe realizar prueba de embarazo, prueba de Papanicolau, hematología completa más velocidad de sedimentación, marcadores tumorales como CA 125. Aunque diversos trastornos benignos pueden generar elevación del CA 125. El tamaño y la

localización de los leiomiomas se pueden confirmar y comprobar mediante ultrasonido pélvico. En la mujer con miomas no se puede asumir que la hemorragia anormal sea causada por dicha patología. (1)

El ultrasonido pélvico es la mejor técnica para valorar el contorno del útero y el espesor del endometrio. Ayuda a comprobar el origen de la tumoración; además brinda información sobre el tamaño y su consistencia, lo que determinará el tratamiento necesario. El empleo de una sonda transductora vaginal permite valorar con mayor precisión los trastornos endometriales, sobre todo en las mujeres obesas. Por sí sola, la ultrasonografía transvaginal tiene utilidad para distinguir entre lesiones benignas y malignas; es muy precisa y un método conveniente para el estudio preoperatorio de invasión miometrial. (1, 6, 10)

Una nueva técnica de sonohisterografía consiste en administrar solución salina al interior de la cavidad uterina durante la ultrasonografía transvaginal, esto presenta mejor imagen de las lesiones intracavitarias. La histeroscopia ofrece pruebas directas de la presencia de leiomiomas que deformen la cavidad uterina. La histerosalpingografía pondrá de manifiesto indirectamente el contorno de la cavidad endometrial y cualquier deformación y obstrucción de la unión uterotubarica secundaria a leiomiomas, tumores extrínsecos o adherencias.

El fibroma es detectado ultrasonográficamente como un defecto ecodenso en el interior del miometrio, que producen una sombra distal. Debido a que el ultrasonograma vaginal únicamente puede penetrar 5 cm más allá de su extremo distal, para los fibromas > 5 cm es mejor realizar un ultrasonograma abdominal. La endosonografía vaginal ofrece la oportunidad para visualizar la relación de fibroma con la cavidad endometrial, siendo esto de significancia clínica en determinar si los fibromas pueden ser removidos. La mayoría de los leiomiomas pueden tener un tratamiento conservador pero llevando un monitoreo cuidadoso incluyendo ultrasonido. (1, 6)

El sistema *Doppler* no parece agregar datos significativos a la valoración. Se están estudiando técnicas tridimensionales para obtener mayor información. La *tomografía y resonancia magnética* no tiene utilidad para la valoración inicial, y se reservan para indicaciones específicas. (1)

Sin embargo, el papel de la ultrasonografía ginecológica es básicamente dar información para ayudar en el diagnóstico de enfermedades endometriales y no para confirmar la presencia o ausencia de cáncer, así que no sustituye el diagnóstico histopatológico. (10)

d) TRATAMIENTO:

En el tratamiento no quirúrgico están indicadas la observación y vigilancia de la paciente con leiomiomas uterinos; la intervención se reserva

para las indicaciones y los síntomas específicos. El empleo de antagonistas de la GnRH ocasiona una disminución de 40 a 60% en el volumen del mioma uterino. Este tratamiento origina hipoestrogenismo, que se ha relacionado con pérdida ósea reversible y síntomas como bochornos. Cerca de la mitad de las pacientes tratadas experimentan crecimiento repetido de los leiomiomas en plazo de unos meses. Indicaciones del empleo de agonistas de la GnRH en mujeres con miomas uterinos son: preservación de la fecundidad, tratamiento de la anemia ante del tratamiento quirúrgico, tratamiento de pacientes perimenopausicas con objeto de evitar operarlas, tratamiento preoperatorio de los grandes leiomiomas para facilitar el procedimiento quirúrgico y tratamiento de las mujeres con contraindicación médica para operarse. El tratamiento hormonal con agentes progestacionales puede generar disminución del tamaño del útero y amenorrea. Los leiomiomas asintomáticos no suelen requerir operarse. (1, 8, 9)

Las indicaciones para operar son: hemorragia uterina anormal con anemia resultante que no reacciona al tratamiento hormonal, dolor crónico con dismenorrea grave, dispareunia o sensación de presión o dolor en la parte baja del abdomen, dolor agudo en caso de un leiomioma pediculado, síntomas o signos urinarios como hidronefrosis después de valoración completa, aumento rápido del tamaño del útero durante años premenopáusicos, esterilidad con leiomiomas como único dato anormal y aumento del tamaño uterino con síntomas de compresión o malestar.

La histerectomía es el tratamiento quirúrgico de elección para leiomiomas uterinos sintomáticos, aunque requiere mayor tiempo de recuperación y riesgo de morbilidad. La miomectomía abdominal es una alternativa en las pacientes que desean tener hijos. Está indicada la miomectomía vaginal en casos de miomas submucosos pediculados que hacen prolapso. La resección histeroscópica de los leiomiomas submucosos pequeños es una técnica que puede ser benéfica en un grupo seleccionado de pacientes. Actualmente la mujer retrasa la edad para sus embarazos y en busca de otras opciones que la histerectomía, la miomectomía ha venido a ser una opción importante y da menos riesgo de lesión viseral y de infección. Existen otras alternativas como son la miolisis, criomiolisis y embolización siendo la miomectomía más práctica debido a su bajo índice de complicaciones. (1, 7, 8, 9, 11)

La miolisis es un técnica de mínima invasión para la cirugía del mioma por medio de la coagulación del mismo. Fue realizada por primera vez en Hamburgo, Alemania en 1990. Se lleva a cabo por medio de una fibra láser Nd:YAG; el cual necrosa y destruye el tejido del mioma. Su indicación es tener miomas sintomáticos, mujeres posmenopáusicas asintomáticas o sintomáticas, sangrados anormales, crecimiento uterino y tener leiomiomas de estrógenos dependientes, fallo al tratamiento médico. La utilización del láser Nd:YAG y de la aguja bipolar tienen buenos resultados y todo depende de la experiencia del cirujano. (9, 11)

La laparotomía y la laparoscopia para realizar la miomectomía son procedimientos quirúrgicos viables. Ambas cirugías ofrecen un mínimo riesgo. Los índices de embarazo después de estos procedimientos son altos (60%). La ventaja de la laparotomía es que es técnicamente más fácil. Siendo la laparoscópica una recuperación más fácil y rápida y con menos adherencias posoperatorias. Un estudio realizado en el Hospital de Bichat en París, Francia, refiere que la fertilidad después de miomectomía por histeroscopia depende de a) el número de miomas submucosos resecados y b) la asociación con fibromas intramurales. (7, 9, 12)

De acuerdo a literatura norteamericana, entre los años 1980 y 1993, se realizaron un estimado de 8.6 millones de histerectomías en pacientes mayores de 15 años, con índices aproximados de 600,000 casos por año; sin embargo el número de histerectomías ha declinado en los recientes años (7.1 x 1000 en 1980 vs 5.5 x 1000 en 1993) y esto se debe a las nuevas alternativas quirúrgicas y no quirúrgicas que existen en la actualidad. El manejo del leiomioma varía de acuerdo a su localización, talla, síntomas y preferencia de la mujer si desea tener hijos y preservación del útero. (11)

2. HIPERPLASIA ENDOMETRIAL:

a) DEFINICION:

La hiperplasia del endometrio es resultado de estimulación estrogénica de fuente endógena o exógena y de manera invariable afecta a mujeres anovulatorias. Esta patología se hace frecuente en pacientes perimenopáusicas o posmenopáusicas pero puede ocurrir en mujeres más jóvenes con anovulación. (1)

La cantidad de endometrio, la densidad de las glándulas, anomalías estructurales de éstas y las características citológicas del epitelio glandular son parámetros que se utilizan para clasificar la variedad de anomalías morfológicas conocidas en forma colectiva como hiperplasia endometrial. (1)

Las lesiones endometriales anovulatorias, proliferativas, hiperplasia glandular quística, hiperplasia quística simple, hiperplasia simple e hiperplasia adenomatosa sin atipia se consideran benignas. La sociedad internacional de patología ginecológica la clasifica en tres variedades: hiperplasia simple, hiperplasia compleja e hiperplasia atípica. Estos términos reflejan una reacción proliferativa intensificada del endometrio. En la mayor parte de los casos la hiperplasia endometrial benigna se resuelve mediante legrado o tratamiento médico con progestágenos; debiéndose mantener vigilancia con biopsia endometrial. (1, 13)

La presencia de atipia con proliferación anormal, dando un aspecto de apiñamiento estrecho de las glándulas y actividad epitelial demostrada por las

proyecciones papilares hacia el interior de las glándulas, se acompaña de aumento del riesgo de progreso hasta carcinoma endometrial. Estas anomalías estructurales se pueden acompañar de atipia celular individual (núcleos irregulares y aumentados de tamaño, apiñamiento de la cromatina y nucleolos prominentes). La actividad mitótica puede ser variable. (1)

Es un trastorno patológico relacionado con hemorragia uterina anormal, síntoma que suele llevar a la mujer al ginecólogo.

b) DIAGNOSTICO:

El diagnóstico se hace con biopsia endometrial. En México, estudios recientes demostraron que el espesor endometrial, refringencia del endometrio y presencia de líquido en cavidad uterina tuvieron una sensibilidad y valor predictivos negativos de 100%, mientras que la especificidad y el valor predictivo positivo fueron menores. Se concluyó que el ultrasonido transvaginal tiene gran utilidad para definir en que pacientes con sangrado uterino posmenopáusico se encuentra indicada la biopsia de endometrio. Esta se debe realizar si al ultrasonido se encuentra un espesor endometrial > 4 mm, hiperrefringencia del endometrio o presencia de líquido en la cavidad uterina. (14)

El método más preciso para el estudio del endometrio es la biopsia endometrial dirigida por histeroscopia. Un endometrio engrosado en pacientes posmenopáusicas, aumenta la posibilidad de encontrar anomalías histológicas. La técnica de legrado ha sido suplantada por la histeroscopia ya que esta puede dirigir la biopsia hacia una parte específica del útero; además que sólo muestrea el 60% del endometrio. Entre las indicaciones para legrado o histeroscopia están la estenosis cervical, intolerancia de la paciente a la biopsia endometrial, factores anatómicos que impidan la toma de la biopsia, paciente que tiene hemorragia anormal y que se está sometiendo a otro procedimiento quirúrgico bajo anestesia general. En un estudio señalaron que la correlación entre grosor endometrial calculado por ultrasonografía, y el confirmado histopatológicamente pudiera ser tan cercana como 1mm. Un grosor endometrial menor de 5mm se vincula con bajo riesgo de trastorno patológico endometrial incluyendo carcinoma; aunque se ha encontrado que en 1% de los casos hay enfermedad endometrial significativa. Pero mientras más gruesa es la cavidad endometrial, mayor probabilidad de enfermedad significativa existe. Se ha observado que la biopsia endometrial tiene una tasa de negativos falsos de 2 a 6 %. (1, 9, 13, 15)

Se han diseñado varios dispositivos para la obtención de muestras del endometrio, como vainas o cánulas que permiten la aspiración tisular estableciendo un vacío. La biopsia tomada por cánula de Novak tiene una especificidad y sensibilidad de 75%, y para el legrado biopsia una sensibilidad de 63.26% y una especificidad de 65.3%; la cánula de Novak es mejor en casos de endometrio secretor y/o proliferativo e hiperplasia sin atipia, y el legrado en

casos de hiperplasia endometrial con atipia. Se concluye que estos dos métodos son igualmente útiles para el estudio de la patología uterina. Entre la técnica de aspiración manual endouterina con cánula de Karman y legrado intrauterino no se encontró diferencia estadística alguna en el análisis de reportes histológicos. Para el legrado fue necesaria la dilatación sin encontrar diferencia en la proporción de muestras insuficientes entre ambas técnicas. La biopsia por aspiración mostró una sensibilidad de 71% y especificidad de 93%, con valor predictivo positivo del 100% y razón de verosimilitud infinita. La biopsia endometrial por aspiración tiene un valor diagnóstico elevado, similar al legrado, en la detección de hiperplasia o cáncer endometrial en pacientes con sangrado uterino anormal, con la ventaja de ser un procedimiento de consultorio sin los riesgos y costos del legrado. (1, 10, 13, 15)

c) **TRATAMIENTO:**

El tratamiento médico con progestágenos durante 10 días al mes reduce la incidencia de hiperplasia endometrial a 2%, y el administrado durante 13 días la redujo a 0% en un estudio. Está indicada la obtención de biopsias endometriales en cualquier caso de hemorragia que se produce más allá del tiempo esperado de la supresión, después del tratamiento con progestágenos. La hemorragia antes del día 10 se relaciona con proliferación endometrial, por lo que debe efectuarse biopsia en estos casos. La mayoría de las mujeres con hiperplasia endometrial reaccionarán al tratamiento con progestágenos y no se encontrarán en mayor riesgo de desarrollar cáncer. Este tratamiento reduce el riesgo de hiperplasia por estimulación persistente y sin oposición de los estrógenos sobre el endometrio. Las pacientes que no reaccionan al tratamiento se encuentran en un riesgo incrementado de progresar a cáncer invasivo, a quienes se les sugiere realizar histerectomía. (1)

3. POLIPOS ENDOMETRIALES:

a) **DEFINICION:**

Son una causa de hemorragias intermenstruales e irregulares, presentes en 2 a 12% de las hemorragias posmenopáusicas. Se ha observado con frecuencia en mujeres que están tomando tamoxifén. Estos pueden ser benignos, aunque es necesario distinguirlo de las lesiones malignas endometriales que pueden aparecer también cuando se está empleando este fármaco. Los pólipos uterinos pueden ser pediculados o sésiles en el tejido endometrial. (1)

b) DIAGNOSTICO:

El diagnóstico se basa en la visualización con *histeroscopia* o en la valoración microscópica de una *biopsia endometrial*. (1)

Los hallazgos ultrasonográficos pueden ser cambios no específicos en la capa endometrial, un área ecogénica focal sin la presencia de endometrio u ocasionalmente, una masa endocavitaria rodeada por líquido, siendo este último el hallazgo diagnóstico más confiable. Cuando se estudia una paciente por un tumor uterino, como pólipo, es mejor realizarlo durante al fase proliferativa, donde el pólipo es hiperecogénico y el endometrio proliferativo circundante es hipoecogénico. En algunos casos el diagnóstico de pólipo no puede ser establecido certeramente y en estos casos la sonohisterografía es recomendada. En ocasiones, los pólipos son tan grandes que no se observa una interfase, y la cavidad endometrial tiene crecimiento global, si se dispone de histerografía, se puede delinear el pólipo en forma más clara. En este estudio recomiendan la utilización del marcador llamado the bright adge of the polyp que aparece patonogmónicamente en el diagnostico de un pólipo en cavidad endometrial, teniendo este marcador una sensibilidad del 96%, especificidad del 82%, valor predictor positivo del 93% y un valor predictivo negativo de 90% en un total de 100 pacientes estudiadas. El bright adge fue definido como líneas ecogénicas agudas y suaves posicionadas en la zona transcisional entre el miometrio y los ecos endometriales centrales indefinidos. Las medidas endometriales se realizaron utilizando un capilar electrónico posicionado a través de la región de máximo espesor visualizada en la sección sagital del útero. (10, 16)

c) TRATAMIENTO:

Se ha determinado que el *legrado* uterino (43%) únicamente no es suficiente para la detección u extracción de pólipos endometriales en pacientes post-menopausicas, siendo necesario adicionar el uso de los *fórceps de Randal* (88%) que mejoran la detección de los pólipos considerablemente; sin embargo ambos procedimientos dan una extracción incompleta de los pólipos en un considerable número de pacientes, concluyéndose que la extracción controlada por histeroscopia da mejor resultados, especialmente en aquellas pacientes quienes presentan espesor endometrial >10mm, no así en las menores a 10mm donde los resultados fueron similares. (17)

4. ADENOMIOSIS:

a) DEFINICION:

Se le llama así a la patología que presenta glándulas endometriales entre las fibras del músculo uterino. Suele ser asintomática. El trastorno se observa en ocasiones en mujeres que se encuentran en los años más jóvenes de la

reproducción, aunque la edad promedio de las mujeres sintomáticas es de 40 años o más. A menudo coexisten adenomiosis, endometriosis y leiomiomas uterinos. (1)

Estos tumores del miometrio no tienen bordes claros y son menos densos que los miomas. No producen la sombra típica de los fibromas y estos son comúnmente císticos. Estos pueden estar presentes con masa miometrial o glándulas que empiezan a secretar y estructuras císticas dentro del miometrio interno. La adenomiosis es más frecuente en pacientes que recibieron tratamiento con tamoxifén ya que el componente estrogénico puede activar la secreción glandular. (1, 6)

b) SINTOMATOLOGIA:

Su manifestación clínica es la dismenorrea y la hemorragia uterina anormal. La dismenorrea suele iniciarse hasta una semana antes de la menstruación, y quizá no se resuelva antes de que haya terminado la hemorragia menstrual. Dispareunia y metrorragia acompañantes incrementan la probabilidad del diagnóstico de adenomiosis. (1, 5, 6)

El útero se encuentra aumentado de tamaño, aunque suele medir < 14 cm, es blando e hipersensible, sobre todo durante los días de la menstruación. La movilidad del útero no está restringida, y no hay patología acompañante de los anexos.

c) DIAGNOSTICO:

La adenomiosis es un diagnóstico clínico y los estudios imagenológicos no son definitivos. En las mujeres que tienen aumento de tamaño difuso del útero y pruebas negativas del embarazo puede considerarse que la dismenorrea secundaria se debe a adenomiosis; sin embargo, esta sospecha solo se puede confirmar por patología después de histerectomía. (1)

d) TRATAMIENTO:

El tratamiento de la adenomiosis depende de la edad de la paciente y de su deseo por reproducirse, pero generalmente se realiza histerectomía. Se han encontrado de utilidad agentes antiinflamatorios no esteroideos, anticonceptivos orales y supresión menstrual con progestágenos o administración continua de comprimidos anticonceptivos orales.

La adenomiosis está presente en más del 40% de las mujeres a quienes se les realizó histerectomía.

C. *PATOLOGIAS UTERINAS MALIGNAS*

1. CANCER UTERINO

El cáncer uterino mas frecuente es el cáncer de endometrio, pero no hay que darle menos importancia al sarcoma uterino.

Se sabe que la presencia de atipia en la hiperplasia endometrial aumenta la posibilidad de aparición de carcinoma invasivo en el futuro.

a) CÁNCER ENDOMETRIAL:

De las patologías malignas del útero, la más frecuente es el carcinoma endometrial que constituye el 40% de todos los carcinomas ginecológicos. En México su frecuencia es menor, pues constituye únicamente el 5% de los carcinomas ginecológicos que se atienden. Representa aproximadamente 34000 nuevos casos y 6000 muertes actualmente en Estados Unidos. Este cáncer es el cuarto en frecuencia, después del cáncer de colon, pulmonar y de mama; y es la séptima causa de muerte por enfermedades malignas en mujeres. De manera global, 2 a 3% de las mujeres desarrollan cáncer endometrial durante toda su vida. El 10% de las mujeres con sangrado posmenopáusico tienen cáncer de endometrio. (1, 14, 18, 19, 20)

El carcinoma endometrial ocurre con mayor frecuencia en mujeres entre el sexto y séptimo decenios de la vida; siendo el 75% de los casos en mujeres mayores de 50 años. Menos del 5% de las mujeres con cáncer endometrial están asintomáticas. Y cerca del 90% experimentan hemorragias de descargas vaginales como única manifestación clínica. Algunas experimentan sensación de presión a nivel pélvico que indican aumento de tamaño del útero o extensión extrauterina de la enfermedad. En los casos que no exista hemorragia como en la estenosis cervical, en pacientes ancianas, este problema se puede acompañar de hematómetra o piómetra, presentando mal pronóstico. Las mujeres premenopáusicas con cáncer endometrial experimentan hemorragia anormal preexistente o recurrente, son obesas y algunas presentan anovulación crónica. En pacientes asintomáticas, el cáncer se detecta por resultado anormal de la prueba de Papanicolau, en estudio patológico de un útero resecado por otro motivo, valoración de una hemorragia anormal o un estudio de ultrasonido o de tomografía de la pelvis por alguna otra causa. La presencia de células malignas en la prueba de Papanicolau da sospecha de una enfermedad en etapa avanzada. (1, 10, 14, 18, 20)

Aunque este carcinoma suele manifestarse como enfermedad de etapa temprana y, en general, se puede tratar sin resección radical o radioterapia, las muertes por carcinoma endometrial exceden a las producidas por el carcinoma del cuello uterino en Estados Unidos. Esta es

una patología que ocurre sobre todo en mujeres posmenopáusicas, y es cada vez mas virulento con forme progresa la edad. Se ha establecido la función que tienen los estrógenos en el desarrollo de la mayor parte de los cánceres endometriales, cualquier factor que incremente la exposición a los estrógenos sin oposición aumentara el riesgo de cáncer endometrial. Una gran parte de estos tumores tienen receptores de estrógenos y progesterona, pero solo una minoría de pacientes responden al tratamiento progestacional. Se ha detectado un amplio rango en el contenido de receptores, que va desde ausencia total hasta varios miles de femtomoles/mg de proteína, rango que no ha sido posible relacionar con algún otro parámetro histológico, bioquímico y clínico que lo explique. Se observa cierta tendencia en los carcinomas parcialmente indiferenciados con la menor concentración de receptores y tumores bien diferenciados con los valores más altos. Un estudio sugiere distribución irregular en el contenido de receptores de progesterona en el tejido tumoral. El adenocarcinoma endometrial positivo para receptores de progesterona frecuentemente no responde al tratamiento con progestágenos. Se desconoce la naturaleza del mecanismo que anula la respuesta antagónica de los progestágenos hacia el efecto estimulante que los estrógenos tienen sobre el crecimiento tumoral. La presencia del receptor supondría en general un mecanismo hormonal, eficiente, especialmente en los tumores con alto contenido de receptores de progesterona. Pero en los casos de respuesta positiva a progestágenos no ha sido posible establecer relación entre magnitud de respuesta y concentración de receptores en el tejido tumoral. Esta falta de asociación es difícil de explicar con los conocimientos actuales. Pero a este respecto se ha descrito la participación de factores relacionados con el huésped, que influyen en el mecanismo hormonal del tejido tumoral, mecanismo que pudiera obedecer a un control diferente al tejido normal. (1, 18, 19)

Presenta dos tipos patogénicos:

- i. Dependientes de estrógenos, es el tipo más frecuente en pacientes perimenopáusicas con antecedente de exposición a estrógenos, son bien diferenciados y su pronóstico es favorable. Inicia como endometrio hiperplásico y progresa hasta carcinoma.
- ii. Independientes de los estrógenos, se produce en mujeres que no han recibido estimulación del endometrio con estrógenos, en mujeres posmenopáusicas mas ancianas y delgadas; presentan ocurrencia espontánea, no se relacionan con hiperplasia endometrial por lo que tiene mal pronóstico. (1)

Se han identificados factores de riesgo para el cáncer endometrial:

- i. las mujeres nulíparas tienen 2 a 3 veces más riesgo que las multíparas.
- ii. Incrementan el riesgo: infertilidad y antecedentes de menstruación irregular por ciclos anovulatorios. (exposición prolongada de estrógenos sin progesterona suficiente)

- iii. La menopausia natural que ocurre después de los 52 años incrementa el riesgo de cáncer endometrial 2.4 veces, en comparación en las que la menopausia sobreviene antes de los 49 años, probablemente por exposición prolongada del útero a los ciclos menstruales deficientes de progesterona.
- iv. El riesgo de cáncer endometrial se incrementa 3 veces en mujeres que están pasadas de peso 9.5 a 23 kg, y 10 veces en las que el sobre peso es mayor de 23 kilos.
- v. Otros factores que producen exposición prolongada a los estrógenos como el síndrome de ovarios poliquísticos y tumores ováricos funcionales.
- vi. El tratamiento de restitución con estrógenos sin progestágenos incrementa el riesgo de cáncer endometrial 4 a 8 veces.
- vii. El empleo del estrógeno como el tamoxifén para tratar el cáncer mamario se acompaña de un incremento del riesgo de desarrollar cáncer endometrial de 2 a 3 veces.
- viii. La diabetes sacarina incrementa el riesgo de experimentar cáncer endometrial en 1.3 a 2.8 veces. Otros trastornos médicos, como hipertensión e hipotiroidismo, se han relacionado con este cáncer.
(1, 18, 20, 21)

Existe una cantidad de estudios sobre los riesgos epidemiológicos del cáncer endometrial secundario a las terapias de reemplazo estrogénico; los programas de Terapia de Reemplazo Hormonal combinados actuales en las pacientes con útero han eliminado este factor riesgoso, sin embargo el uso generalizado del Tamoxifén ya sea para el tratamiento de la profilaxia del cáncer de mama ha producido una nueva población de pacientes con riesgo a desarrollar cáncer endometrial. Se ha demostrado en estudios in vitro que el tamoxifén puede estimular líneas y clonas celulares particulares de cáncer endometrial. La estimulación estrógena del endometrio puede aumentar el riesgo de neoplasia como consecuencia de una mayor actividad proliferativa. Conforme aumenta el número de células que entran en mitosis, la probabilidad de una mutación en uno o más genes clave durante la replicación del DNA aumenta. La mutación del cordón 12 del gen *K-ras* puede ser un suceso temprano en la aparición del cáncer endometrial, aunque también se encuentra en la hiperplasia endometrial. Se ha encontrado la sobreexpresión de *HER-2/neu* en 10 a 15% de las muestras de adenocarcinoma endometrial. La intensidad de la tinción inmunohistoquímica de *c-myc* se aumenta con la transición de endometrio normal a hiperplásico y carcinomatoso; al igual que con la proteína *p53*. Se observó un aumento progresivo en el activador del plasminógeno de tipo urocinasa, el TGF alfa, y el receptor de EGF en la transición histopatológica de endometrio proliferativo a hiperplásico y neoplásico. (10, 18, 22, 23)

Otros factores pronósticos son: la *edad*, el riesgo aumenta en pacientes de edad avanzada con una incidencia más elevada de tumores del grado 3 o con subtipos histológicos desfavorables, *tipo histológico*, los

subtipos histológicos no endometrioides constituyen cerca de 10% de los carcinomas endometriales, y suponen un riesgo mayor de recurrencia y de diseminación a distancia; el *grado histológico*, se relaciona con el pronóstico, a mayor grado peor pronóstico; la *invasión miometrial*, invasión cancerígena con acceso linfático que aumenta la probabilidad de diseminación del cáncer; *invasión del espacio linfovascular*; su *extensión hacia istmo y cuello uterino*, *invasión de los anexos*; *metástasis hacia ganglios linfáticos*; *tumor intraperitoneal*; el *tamaño tumoral*, *citología peritoneal*; *estado de los receptores de hormonas*; la *proliferación de ADN* y la *expresión de oncogenes*. (1, 18, 20)

Hay diferencias fundamentales entre tejido endometrial normal y el neoplásico. Hay anomalías de ploidia y del cariotipo, más alteraciones de la estructura y función de los genes en el cáncer endometrial. Los protooncogénos y los genes supresores de tumor tienen participación central en la regulación de la proliferación y diferenciación celulares. Las alteraciones de la cantidad de un factor de crecimiento que se sintetiza o de la función de un receptor del factor de crecimiento pueden contribuir al fenotipo neoplásico a través de una proliferación celular sin control. Los altos grados de expresión de mRNA de c-fms tienen relación con el grado de la FIGO, etapas clínicas avanzadas de la enfermedad e invasión miometrial profunda que predicen una conducta clínica agresiva y de mal pronóstico. (22)

Rara vez la exploración física revela pruebas de carcinoma endometrial, aunque algunos factores constitutivos son obesidad e hipertensión. Se deben evaluar ganglios linfáticos periféricos y de las mamas. En los casos avanzados se puede palpar ascitis o metástasis hepáticas o epiploicas. La exploración rectovaginal bimanual debe valorar tamaño y movilidad del útero, los anexos y parametrios en busca de masas o induraciones.

La biopsia endometrial es la primera medida para valorar a la paciente con hemorragia uterina anormal o con sospecha de patología endometrial. Dorum y colaboradores estudiaron la valoración del grosor endometrial por ultrasonografía en mujeres con hemorragia posmenopáusica, encontrando una sensibilidad global para detectar cáncer de casi el 80%, una especificidad de 60% y un valor predictivo positivo y negativo de 26 y 94.4%, respectivamente. Considerándose que tiene una sensibilidad y valor predictivo negativo bajos como para sustituir al estudio histológico del endometrio. La precisión diagnóstica de la biopsia endometrial es de 90 a 98% cuando se compara con los datos subsecuentes obtenidos con el legrado, o con la histerectomía. Son raras las complicaciones después de la biopsia endometrial, pero ocurre perforación uterina en 1 o 2 casos de cada 1000. La citología de Papanicolau es una prueba no confiable ya que sólo presenta resultados anormales en 30 a 50% de las pacientes con cáncer endometrial.. Entre el 5 y 10% de las mujeres con células endometriales normales en la prueba de Papanicolau tendrán hiperplasia o carcinoma

endometriales, en tanto que tendrán carcinoma cerca de la cuarta parte de aquellas en las que dicha prueba identifica células endometriales atípicas. (1, 14)

Debe realizarse histeroscopia o legrado en pacientes con estenosis cervical. En la actualidad el ultrasonido transvaginal tiene una alta valoración de la región pélvica con lo cual ha ayudado a la detección temprana de estas lesiones, además de su bajo costo e inocuidad. Se ha sugerido que el espesor endometrial menor de 5mm identificado con ultrasonografía transvaginal tiene poca probabilidad de indicar cáncer endometrial, si es mayor de 5mm está indicada realizar la biopsia endometrial. La ultrasonohisterografía tiene utilidad para describir el tejido endometrial. (1, 10, 14, 18)

Los carcinomas endometriales se clasifican en:

- i. Adenocarcinoma endometriode, este tipo constituye cerca del 80% de todos los carcinomas endometriales.
- ii. Carcinoma mucinoso
- iii. Carcinoma seroso papilar
- iv. Carcinoma de celular claras
- v. Carcinoma escamoso
- vi. Carcinoma indiferenciado
- vii. Carcinoma mixto

Definición de la FIGO para la clasificación del grado de carcinoma endometrial:

Grado histopatológico de diferenciación:

G1: < o = 5 % de patrón no escamoso o de crecimiento no morular.

G2: 6 – 50 % de patrón no escamoso o de crecimiento no morular.

G3: > al 50 % de patrón no escamoso o de crecimiento no morular. (1, 4)

Determinación del grado patológico:

1. Atipia nuclear notable, inapropiada para el grado estructural, eleva en una unidad el tumor del grado 1 o del grado 2.
2. En caso de adenocarcinoma seroso, adenocarcinoma de células claras y carcinoma de células escamosas, la determinación del grado nuclear tiene preferencia.
3. Los adenocarcinomas con diferenciación escamosa reciben la puntuación según el grado nuclear del componente glandular.

Clasificación por etapas clínicas del cáncer endometrial de la FIGO 1971 – 1988

- 0 Carcinoma in situ.
I Carcinoma confinado al cuerpo.
Ia histerometria < 8 cm.
Ib histerometria > 8 cm.

Según tipo histológico

- Grado 1 carcinoma adenomatoso muy diferenciado.
- Grado 2 carcinoma adenomatoso difrenciado con partes sólidas.
- Grado 3 carcinoma predominantemente sólido o totalmente

indiferenciado.

- II Carcinoma que afecta al cuello uterino.
- III El carcinoma se extiende fuera del útero, pero no fuera de la pelvis verdadera.
- IV El carcinoma se ha extendido fuera de la pelvis verdadera o ha afectado obviamente la mucosa de la vejiga o del recto. (1, 25)

La mayoría de las pacientes con cáncer endometrial deben someterse a clasificación de la etapa quirúrgica con base en el sistema de la FIGO de 1988. Como mínimo , el procedimiento quirúrgico debe incluir toma de muestras de líquido peritoneal para valoración citológica, biopsia o resección de cualquier lesión extrauterina sugerente.

Clasificación por etapas quirúrgicas del cáncer endometrial de la FIGO, 1988

- I a tumor limitado al endometrio.
- I b invasión menor del 50% del miometrio.
- I c invasión de más del 50% del miometrio.
- IIa solo hay afección de glándulas endocervicales.
- IIb invasión del estroma cervicouterino.
- IIIa el tumor invade la serosa, los anexos o ambos, con citología peritoneal positiva o ambas cosas.
- IIIb metástasis vaginales
- IIIc metástasis a ganglios linfáticos paraaórticos, pélvicos o ambos.
- IVa invasión de vejiga, mucosa intestinal, o ambos, por el tumor.
- IVb metástasis distantes que incluyen ganglios linfáticos inguinales, órganos intraabdominales o ambas cosas. (1, 4, 25)

Los procedimientos operatorios primarios en caso de carcinoma de endometrio son *histerectomía abdominal total, salpingooferectomía bilateral, lavados peritoneales, biopsia de cualquier ganglio intraabdominal sospechoso y linfadenectomía pélvica y paraaórtica selectiva*. Deben researse los anexos, porque pueden ser sitio de metástasis microscópicas, o bien, en pacientes con cáncer endometrial están en riesgo incrementado de que ocurra cáncer ovárico. Se puede considerar la conveniencia de efectuar histerectomía vaginal en pacientes obesas y con mal estado médico. Su desventaja es que es difícil realizar la salpingooferectomía y no se puede efectuar una exploración abdominal adecuada. El tratamiento aceptado con mayor amplitud para los cánceres endometriales de etapa temprana es la resección quirúrgica primaria seguida por radioterapia. Los pacientes con lesiones de los grados 1 y 2 sin invasión miometrial (etapas Ia G1, G2)

tienen un pronóstico excelente y no requieren tratamiento posoperatorio. (1, 20, 21)

Hasta hace poco, la laparoscopia era una técnica quirúrgica utilizada por los ginecólogos como procedimiento para diagnóstico y método de esterilización femenina. Pero ahora las indicaciones de la laparoscopia quirúrgica en ginecología han aumentado por perfeccionamiento de los instrumentos. Hay duda de que la disección de ganglios linfáticos pélvicos por laparoscopia es técnicamente factible en pacientes con carcinoma endometrial; sin embargo para clasificar por etapas es necesaria la biopsia ganglionar debido al riesgo de metástasis por riego linfático. La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia es factible y permite la clasificación por etapas quirúrgicas completa en un grupo seleccionado de pacientes con cáncer endometrial. Las limitaciones de este procedimiento son el peso de las pacientes (> 81.72 kg) y el grado de adherencias intraabdominales. Se pretende una estancia hospitalaria breve y menor morbilidad. La tasa de conversión a laparotomía disminuye con la experiencia del cirujano. (21)

Los pacientes con recurrencias locales y regionales aisladas después del tratamiento quirúrgico inicial del cáncer endometrial deben tratarse con radioterapia. Una revisión revela una supervivencia a 5 años del 60% en pacientes inoperables con enfermedad en etapa I tratadas con radiación sola. Pero cuando el tratamiento es quirúrgico, con o sin radioterapia coadyuvante, presenta una tasa de supervivencia a 5 años de 80 a 94%. En un estudio realizaron histerectomías vaginales a pacientes con enfermedad en etapa clínica I, y con administración de radiación u hormonoterapia posoperatoria a pacientes con lesiones de grado 2 y 3 e invasión miometrial de más de 50%, siendo la tasa global de supervivencia a cinco años de 84%, similar a la lograda con histerectomía abdominal (85%). En pacientes que van a recibir quimioterapia se aconseja dar un tratamiento inicial con progestágenos y así reservar el empleo de los agentes quimioterapéuticos más tóxicos para las situaciones en las que ha fracasado el tratamiento endócrino. (1, 20, 21)

Se sugiere la medición de CA 125 sérico para la vigilancia del cáncer endometrial después del tratamiento. La medición de CA 125 es un factor pronóstico y ayuda a identificar a los pacientes con alto riesgo. (1, 20, 24)

La terapia genética aún se mantiene en una fase de investigación pero con un potencial para mejorar la terapéutica futura y el pronóstico de las pacientes. (18)

La cifra de curación es de 90% para el estadio I, 83% para el II y 43% para el estadio III, dependiendo de la invasión del cáncer al miometrio. Las recurrencias locales ocurren en vagina, parametrios, pulmones y abdomen alto. Durante la década de los 60 la supervivencia de los pacientes con cáncer endometrial era de 63%, siendo en los 90 un 77%. Esta notoria mejoría de supervivencia es debido a la pronta estadificación del cáncer y a un manejo adecuado del mismo ya sea con quimioterapia, radioterapia o

quirúrgico. La clasificación de la FIGO para el carcinoma de endometrio, ha contribuido a predecir la evolución natural de la enfermedad. (18, 20)

b) SARCOMA UTERINO:

El sarcoma uterino es un tumor de origen mesodérmico relativamente raro. Constituye del 2 a 6 % de todas las lesiones malignas del útero, con mayor frecuencia entre la 5ta y 6ta década de la vida.. La incidencia de sarcoma uterino es de 1.7/100000 mujeres de 20 años o más. Los síntomas más frecuente son dolor pélvico y hemorragia anormal (86%). Los hallazgos clínicos asociados son obesidad e hipertensión arterial hasta en 30% de las pacientes. Se produce un aumento de la incidencia de esta patología después de la radiación administrada a la pelvis por carcinoma del cuello uterino o por un trastorno benigno. El riesgo relativo de desarrollar sarcoma uterino después de radioterapia pélvica se estima en 5.38, por lo general en plazo de 10 a 20 años. Constituyen el grupo más maligno de los tumores uterinos. El hallazgo frecuente en pacientes con sarcomas uterinos fue el antecedente de radiación pélvica, con una incidencia del 7%. El tipo de sarcoma más frecuente posradiación fue el sarcoma mixto mulleriano en cuatro de seis pacientes. Los cromosomas 1, 7 y 11 juegan un papel importante en la iniciación o progresión del sarcoma uterino. Las alteraciones genómicas en la región 11q22 puede ser específica para malignidad. Las alteraciones en la región 7q31 son comunes a leiomiomas y liomiosarcomas, lo que sugiere una evolución común. (1, 26)

Los sarcomas se subdividen en sarcoma clásico, que es visceral – somático y se presenta en las extremidades y retroperitoneo; y sarcomas del parénquima, que se presenta en los órganos gastrointestinales y ginecológicos. (26)

Las tres variantes histológicas de sarcoma son sarcoma del estroma endometrial (SEE), liomiosarcoma (LMS) y tumor mulleriano mixto maligno (TMM). Otros tipos menos frecuentes son sarcomas heterólogos puros, sarcomas de vasos sanguíneos y linfosarcomas. El liomiosarcoma representa de 16 a 25% de todos los sarcomas uterinos, el sarcoma mixto mulleriano representa el 40%, siendo el sarcoma del estroma un 18%. (1, 26)

El sarcoma de estroma endometrial es una neoplásia altamente mortal que manifiesta más de 10 FM/10 CAP (10 figuras mitóticas por 10 campos microscópicos de alto poder) y que tiene una evolución mucho más agresiva y un pronóstico peor que el sarcoma de estrógeno de bajo grado. Los tumores con menos de 5 FM/10 CAP suelen comportarse de manera benigna (supervivencia de 98%), y lo que tienen más de 10 FM/10 CAP son francamente malignos y tienen mal pronóstico (supervivencia de 15%). Los tumores con 5 a 10 FM/10 CAP tienden a hacer metástasis (supervivencia de 42%). (1, 26)

La edad media de las mujeres con liomiosarcoma (43 a 53 años) es más baja que aquella en la que se manifiestan otros sarcomas uterinos, y las mujeres premenopáusicas tienen mejores posibilidades de sobrevivir. Los liomiosarcomas del cuerpo uterino están frecuentemente vinculados con leiomiomas benignos, y han habido especulaciones acerca de la frecuencia con que los sarcomas se originan de la degeneración maligna de un mioma. En un estudio de 13000 casos de leiomiomas benignos, se encontraron 38 pacientes con sarcoma; sugiriendo una muy baja incidencia de degeneración sarcomatosa de 0.29%. (1, 26)

Los tumores mullerianos mixtos malignos están compuestos desde el punto de vista histológico por una mezcla de sarcoma (estroma endometrial) y carcinoma (tejido glandular o bien compuesto por cartílago, hueso o músculo). Por lo general se observan después de la menopausia, con mayor frecuencia en mujeres afroamericanas, a una edad mediana de 62 años. Están acompañados de otros trastornos como obesidad, hipertensión o diabetes. Se identifican antecedentes de radiación pélvica previa en 7 a 37% de las pacientes. El síntoma de presentación más frecuente es la hemorragia posmenopáusica, que se produce en 80 y 90% de los casos. El diagnóstico se determina por biopsia de la tumoración endocervical o legrado endometrial.(1) El sarcoma uterino es extremadamente raro, ultrasonográficamente no se puede distinguir entre un sarcoma a un leiomioma benigno. (6)

La piedra angular del tratamiento es la histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral. En la mayor parte de los estudios se ha encontrado que la radioterapia coadyuvante preoperatoria y posoperatoria, esta tiene utilidad para disminuir las recurrencias pélvicas y, por tanto, incrementar la calidad de vida de las pacientes con sarcoma localizado. A causa de la tasa relativamente baja de supervivencia en los casos de sarcoma uterino localizados y de la incidencia elevada de fracasos a causa de las metástasis subsecuentes a distancia, se han sometido a prueba programas de tratamiento coadyuvante a base de quimioterapia, aunque no se ha podido demostrar mejoría en la supervivencia. (1, 26)

El índice de fracasos en el tratamiento en este tipo de tumor es elevado, encontrándose hasta en el 50%, de los cuales el 26.2% corresponden al liomiosarcoma y el sitio de mayor recurrencia a nivel distante en pulmón e hígado. El pronóstico de supervivencia es mejor en las pacientes con liomiosarcoma, siendo hasta 40% a cinco años. Para otros tipos de sarcoma, va desde 0 a 35%. (26)

C. OTRAS PATOLOGIAS UTERINAS

a) HIPERTROFIA DIFUSA DEL MIOMETRIO

Se le conoce como hipertrofia difusa del miometrio, al crecimiento homogéneo del miometrio sin ninguna otra patología uterina evidente. Es una entidad clinicopatológica propia y una causa de sangrado uterino anormal, atribuido al incremento del área de la superficie endometrial. Anatómicamente el único hallazgo es el crecimiento homogéneo del útero. Se ha informado en 5.7% de las histerectomías realizadas. Los criterios patológicos para su diagnóstico son: peso uterino > 120 g., espesor del miometrio de 2cm o más y que no existe otra lesión mioendometrial que pueda explicar el sangrado. El peso del útero varía de acuerdo a la edad, el número de gestaciones, la estatura del individuo y posiblemente la raza. Si el peso es mayor de 120 g. debe buscarse una alteración patológica que lo explique, si no, debe considerarse esta patología. Normalmente las células del miometrio tienen hormonodependencia; es decir, los estrógenos provocan el aumento notable de síntesis proteica en las células de músculo liso uterino. Es una indicación más de histerectomía. (27)

b) METAPLASIA ÓSEA

La metaplasia ósea es una patología poco frecuente y causa extremadamente rara de infertilidad, existiendo hasta el momento sólo 61 casos informados. Consiste en la transformación de tejido conectivo no óseo a hueso maduro, por lo que el hallazgo fidedigno es la presencia de osteoblastos.

La osificación del endometrio puede tener diversas manifestaciones clínicas además de la infertilidad entre las que se incluyen irregularidades menstruales, dolor o dismenorrea, dispareunia, y antecedente de aborto, este relacionado en un 80% de los casos.

Su etiología no es clara; pero se han propuesto teorías que incluyen alteraciones metabólicas como hipercalcemia, hipervitaminosis D o hipofosfatemia; estimulación estrogénica continua o absorción de los elementos calcificados del embarazo o feto implicando la implantación dentro del endometrio de células osteogénicas embionarias. Experimentos in vitro sugieren que la implantación de células no osteogénicas en el endometrio puede desarrollar osificación endometrial en la presencia de un medio específico. La metaplasia ósea puede distinguirse de la retención de restos fetales por la ausencia de reacción tisular circundante y la ausencia de osificación endocondral. (28)

A la exploración vaginal se encuentra induración y dolor en el fondo de saco posterior sugestivo de endometriosis. El ultrasonido transvaginal demuestra áreas o bandas de densidad ecogénica endometriales.

Los casos han sido tratados mediante histerectomía o legrado, y sólo recientemente el abordaje histeroscópico ha contribuido a resolverlos en forma satisfactoria, recobrando la fertilidad en la mayoría de las pacientes en corto plazo. Dado que esta patología se observa en pacientes infértiles, no se realiza histerectomía, en el caso de legrado es posible provocar daño endotelial con la formación de adherencias intrauterinas (16.3 a 38.5%) que comprometen aún más la fertilidad sin garantizar la extracción completa de los fragmentos óseos. Por eso la histeroscopia se convierte en el recurso terapéutico ideal que permite diagnosticar, tratar con precisión e incluso abordar otras patologías. Se sugiere ultrasonido como seguimiento después de la extracción quirúrgica sugiriendo que algunos fragmentos pueden no ser visibles al momento de la histeroscopia, aunque es factible que esto no sea indispensable. (28)

VI. METODOLOGIA

A. METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, retrospectivo.

2. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Expedientes de pacientes femeninas mayores de 15 años, atendidas en la consulta externa de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo del IGSS, con diagnóstico clínico de patología uterina.

2. MUESTRA DEL ESTUDIO:

El tamaño de la muestra se calculó con 95% de confianza, en base a la prevalencia mensual de consulta por emergencia ginecológica y el total de consultas a ginecología, utilizando el programa EPIINFO versión 6, calculada para estudios poblacionales.

MES	TOTAL DE CONSULTAS GINECOLÓGICAS AÑO 2000	TOTAL DE CONSULTAS EMERGENCIA DEL 2000	TAMAÑO DE MUESTRA CON EL 95% DE CONFIANZA
ENERO	1664	157	36
FEBRERO	1679	106	55
MARZO	1777	86	73
ABRIL	1381	143	32
MAYO	1678	106	55
JUNIO	1579	142	38
JULIO	1340	121	38
AGOSTO	1421	117	42
SEPTIEMBRE	1558	233	22
OCTUBRE	1600	140	39
NOVIEMBRE	1931	172	39
DICIEMBRE	1666	155	37
TOTAL	19274	1678	506

3. CRITERIOS DE EXCLUSION DEL ESTUDIO:

Se excluyen pacientes menores de 15 años y las que ya lleguen con diagnóstico por ultrasonido.

5. VARIABLES A ESTUDIAR:

	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medida
Problema Uterino	Trastorno funcional e histológico del cuerpo uterino.	Revisando los archivos de las pacientes, obteniendo el diagnóstico clínico identificado.	Nominal	Diagnóstico clínico
Grupo etáreo	Intervalo de edad agrupados cada 5 años.	Número de años cumplidos de la paciente, reportado en el expediente.	Numérica	Años cumplidos
Síntoma	Dato subjetivo de enfermedad, trastorno en la paciente según lo percibe ella.	Molestia que la llevó a consultar, reportado en el expediente.	Nominal	Síntoma presente
Antecedente	Acción o circunstancia anterior que sirve para juzgar hechos posteriores.	Características que se asocian o predisponen a patología uterina, reportado en el expediente de las pacientes.	Nominal	Antecedente ginecoobstétrico presente
Tratamiento	Acción y efecto de un sistema que se emplea para curar enfermos.	Se revisa el expediente clínico, anotando el tratamiento efectuado a la paciente; pudiendo ser: - Médico (analgésico, estrógenos, progestágenos) - Quirúrgico (legrado, histerectomía, miomectomía)	Nominal	Tipo de tratamiento: - Médico - Quirúrgico
Diagnóstico	Determinar una enfermedad mediante el examen detallado de sus síntomas, signos y exámenes de laboratorio y gabinete.	Se anota del expediente el diagnóstico clínico, de ultrasonido y patológico si se tiene.	Nominal	Diagnóstico clínico, ultrasonográfico y anatomopatológico.

6. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Se utilizará una boleta para recabar los datos necesarios para el estudio. (Ver anexo.)

7. EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Se solicitó el consentimiento del jefe de la Unidad de Ginecología y del Director del Centro Asistencial para realizar este estudio, explicándole previamente los objetivos y propósitos de este. Se informará de los resultados al Jefe de la Unidad. La información recolectada en la boleta, es exclusivamente para ser utilizada con fines científicos. Se buscará en los registros de la consulta externa de esta unidad del año 2000 a las pacientes con diagnóstico clínico de patología uterina. Ya con esos números de registro, se obtienen los expedientes a los que se les extraerán los datos para llenar la boleta.

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y TIPO DE TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:

Para la presentación de resultados se utilizará la estadística descriptiva y para el análisis las operaciones de sumas y porcentajes.

9. ASPECTOS ETICOS:

Se promete respetar la información que se obtenga de los expedientes, manteniendo la privacidad de los nombres y datos recopilados.

B. RECURSOS:

1. Humanos:

- Autor
- Coautores
- Personal de archivo y de registro y estadística del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.
- Personal de bibliotecas.

2. Materiales:

- Departamento de ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.
- Libros de registro de consulta externa.
- Expedientes de pacientes con diagnóstico de patología uterina.
- Boletas de recolección de datos
- Equipo de computación e impresión del investigador.
- Materiales de escritorio

3. Recursos económicos:

- | | |
|--------------------------|------------------|
| ➤ Papelería y fotocopias | Q. 500.00 |
| ➤ Impresión de tesis | Q. 1200.00 |
| ➤ Transporte | <u>Q. 300.00</u> |
| ➤ Total | Q. 2,000.00 |

VII y VIII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE PACIENTES CON PATOLOGÍA UTERINA

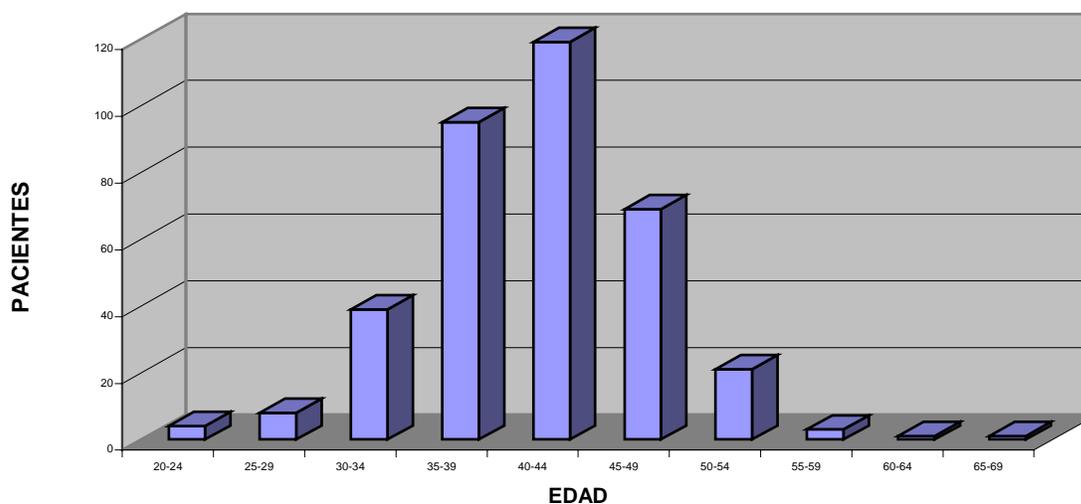
Estudio descriptivo realizado en pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de patología uterina, atendidas en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo del IGSS, durante el período del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2000.

CUADRO No. 1
Distribución por grupo etáreo

EDAD EN AÑOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
20 – 24	4	1.1 %
25 – 29	8	2.2 %
30 – 34	39	10.8 %
35 – 39	95	26.4 %
40 – 44	119	33.1 %
45 – 49	69	19.2 %
50 – 54	21	5.8 %
55 – 59	3	0.8 %
60 – 64	1	0.3 %
65 – 69	1	0.3 %
TOTAL	360	100 %

Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

GRAFICA No. 1
DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO



Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De las pacientes que consultaron al Hospital Juan José Arévalo Bermejo durante el año 2000, se encontró que el 78.7% están comprendidas entre las edades de 35-49 años, sin embargo el rango de edad que presenta mayor frecuencia de pacientes es de 40-44 años, con 33.1%. Como referido por la literatura revisada, las lesiones uterinas benignas (leiomiomatosis uterina, hiperplasia endometrial, pólipo endometrial y adenomiosis) son más frecuentes en mujeres mayores de 35 años. Este hallazgo se debe principalmente a que a esta edad las pacientes experimentan cambios iniciales del periodo menopáusico, consultando principalmente por hemorragia uterina anormal, llegando al diagnóstico de forma incidental mediante ultrasonido o histopatología. (1, 6, 7, 8, 9)

El rango de edad al que con menor frecuencia se le realizó diagnóstico de patología uterina fue de 55-69 años, con 1.4 % (5 pacientes). Esto se debe a que los síntomas de patología uterina se presentan en etapas más tempranas de la vida, por lo que las pacientes consultan antes, siendo muy pocas las que consultan en periodo post-menopáusico que continúan siendo PEA (población económicamente activa) y afiliadas.

Como se ha mencionado en la literatura, las patologías uterinas rara vez se presentan en los años jóvenes de la reproducción (1, 6, 7); coincidiendo con lo mostrado en el cuadro, en el que únicamente un 3.3% de pacientes ingresadas con dicho diagnóstico, se encontraban entre 20-29 años.

CUADRO No. 2

Problemas uterinos diagnosticados por clínica.

DIAGNOSTICO CLINICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEIOMIOMATOSIS	335	93 %
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	23	6.3 %
ADENOMIOSIS	2	0.5 %
TOTAL	360	100 %

Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El principal diagnóstico realizado por historia clínica fue leiomiomatosis uterina, con 93% (335 pacientes). Seguido por hiperplasia endometrial con 23 casos (6.3%) y adenomiosis uterina con 2 pacientes reportadas (0.5%).

El diagnóstico clínico de leiomiomatosis uterina es realizado con mayor frecuencia por los médicos al ingreso de las pacientes, debido a que en la literatura es conocida como la lesión uterina benigna más frecuente, relacionada a los síntomas y signos clínicos típicos que ésta presenta (hemorragia uterina anormal, dolor pélvico crónico y/o la presencia de un útero aumentado de tamaño). (1, 6, 7, 8, 9)

La hiperplasia endometrial rara vez es considerada como diagnóstico clínico de ingreso debido a que epidemiológicamente su incidencia es menor y los hallazgos clínicos encontrados en las pacientes son escasos o nulos, por lo que se recurre a la utilización de métodos diagnósticos de gabinete. (1, 9, 13, 15)

Según la bibliografía, el diagnóstico de adenomiosis es clínico; en este estudio el diagnóstico clínico presentó una incidencia baja, sugiriendo que ésta patología uterina no es tomada en consideración como un diagnóstico diferencial al momento de evaluar a la paciente. (1, 5, 6)

CUADRO No. 3

Problemas uterinos diagnosticados por ultrasonido.

DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEIOMIOMATOSIS	324	90 %
HIPERPLASIA END	19	5.27 %
ADENOMIOSIS	1	0.27 %
NORMAL	6	1.7 %
SIN USG	10	2.7 %
TOTAL	360	100 %

Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De las 360 pacientes estudiadas, al 90% (324 casos) se le confirmó el diagnóstico de leiomiomatosis uterina por ultrasonido, siendo este el método de elección para diagnosticarlo.

El diagnóstico de hiperplasia endometrial se encontró en 5.27% (19) de los casos, que aunque no es un método de diagnóstico confiable para hiperplasia nos da sospecha de esta patología. El ultrasonido puede dar falsos positivos ya que influye en el resultado el ciclo ovulatorio en que se encuentre la paciente en el momento de realizar este método.

El diagnóstico de adenomiosis no se realiza por estudios imagenológicos, sin embargo se reportó 1 caso con sospecha de adenomiosis. (1)

CUADRO No. 4

Problemas uterinos diagnosticados por anatomopatología.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADENOMIOSIS	185	42.8 %
LEIOMIOMATOSIS	167	38.7 %
NORMAL	45	10.4 %
POLIPO ENDOMETRIAL	17	3.9 %
HIPERPLASIA END	14	3.2 %
OTROS	4	0.9 %
TOTAL	432	100 %

Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

Nota: se incluyeron todos los diagnósticos de los reportes patológicos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los reportes patológicos confirmaron que el 42.8% presentó adenomiosis uterina, mientras que en 38.7% se diagnosticó leiomiomatosis, seguido de 10.4% diagnosticados normales y de 3.9 % y 3.2 % como pólipo e hiperplasia endometrial respectivamente.

El diagnóstico de adenomiosis se sospecha por clínica, pero sólo se puede confirmar por histopatología después de realizar histerectomía; tomando en cuenta que los hallazgos ultrasonográficos de ésta son poco significativos. La leiomiomatosis e hiperplasia endometrial se sospechan o son diagnosticados por ultrasonido pero no sustituye el diagnóstico histopatológico. (1, 9, 10, 13) La presencia de resultados normales se debe a que algunas pacientes refieren molestias como hemorragia uterina anormal o leve dolor pélvico y presentan asociado a estos problemas incontinencia urinaria o relajación pélvica por lo que son llevadas a sala de operaciones para procedimiento de histerectomía y correcciones, no encontrando por histopatología ninguna lesión uterina.

CUADRO No. 5

Distribución por grupo etáreo y patología uterina observada por histopatología.

EDAD	No. DE MUESTRA	AM		LU		NL		PE		HE		OTROS	
		FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%
20 – 24	4	1	0.5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	75%
25 – 29	8	2	1.1%	3	1.8%	2	4.4%	0	0%	2	14.2%	0	0%
30 – 34	39	17	9.2%	19	11.4%	4	8.9%	1	5.9%	3	21.4%	1	25%
35 – 39	95	50	27%	32	19.2%	17	37.8%	6	35.3%	1	7.1%	0	0%
40 – 44	119	66	35.7%	60	35.9%	16	35.6%	3	17.6%	4	28.6%	0	0%
45 – 49	69	35	18.9%	34	20.4%	5	11.1%	4	23.5%	3	21.4%	0	0%
50 – 54	21	12	6.5%	16	9.6%	1	2.2%	2	11.8%	0	0%	0	0%
55 – 59	3	1	0.5%	2	1.2%	0	0%	1	5.9%	0	0%	0	0%
60 – 64	1	0	0%	1	0.6%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
65 – 69	1	1	0.5%	0	0%	0	0%	0	0%	1	7.1%	0	0%
TOTAL	360	185	100%	167	100%	45	100%	17	100%	14	100%	4	100%
%		51.4 %		46.4 %		12.5 %		4.7 %		3.9 %		1.1 %	

Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

Nota: AM, adenomiosis; LU, leiomiomatosis uterina; NL, normal; PE, poliposis endometrial; HE, hiperplasia endometrial.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

A pesar que la adenomiosis es poco documentada en Estados Unidos y el resto del mundo fue el diagnóstico más frecuente, encontrando que 51.4% de los casos estudiados presentaron esta patología. Siendo el rango de edad más afectado entre 35 a 49 años (81.6%) lo que corresponde con la literatura.

De los casos estudiados, en 12.5% se reportó un útero normal, con mayor incidencia entre los 35 a 44 años (73.3%). Esto recuerda que el método de diagnóstico ultrasonográfico es solo una ayuda para llegar a un diagnóstico y no una prueba que confirma la presencia de un proceso patológico.^(1,10) Además, como ya se mencionó, a algunas pacientes mayores de 35 años con problema de incontinencia urinaria se les realiza histerectomía más correcciones pensando en la edad que tienen y los problemas que puedan suscitarse más adelante; también influyen en el resultado histopatológico la experiencia del patólogo, los cortes realizados a la muestra y el equipo utilizado entre otros.

En la literatura se describe que las patologías uterinas se presentan en mujeres mayores de 35 años y con mayor frecuencia la leiomiomatosis uterina, hallazgo que coincide con los datos obtenidos en el presente estudio.

Los pólipos e hiperplasia endometrial son causa de hemorragias irregulares, presentes en 2 a 12% de las pacientes posmenopáusicas. ⁽¹⁾ Este estudio determina que en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS, la frecuencia de poliposis endometrial e hiperplasia endometrial es baja en comparación con adenomiosis y leiomiomatosis uterina.

CUADRO No. 6

Síntomas y signos como motivo de consulta.

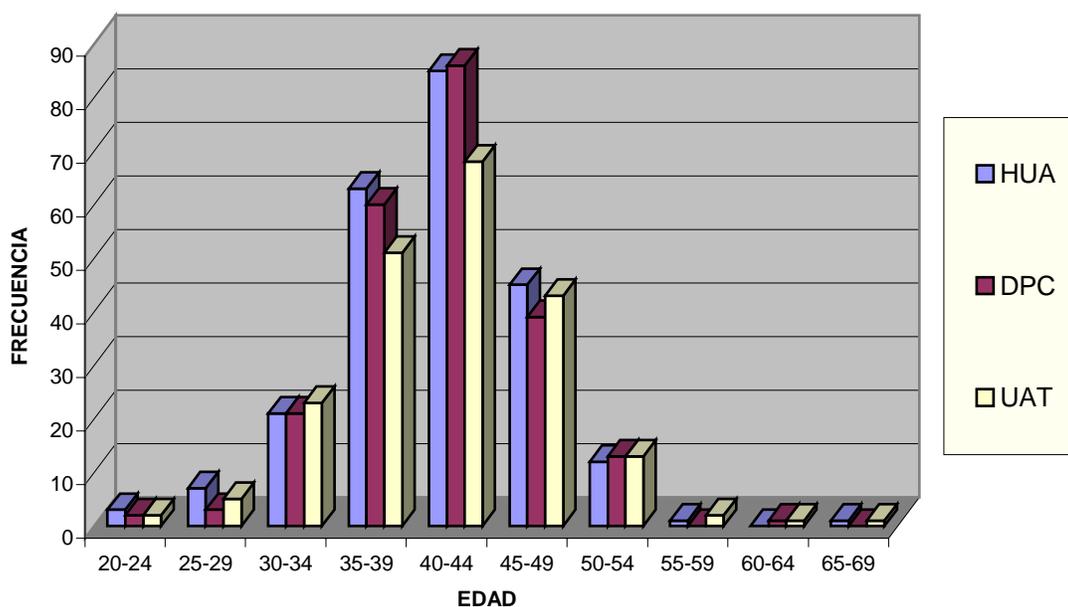
EDAD	No. DE MUESTRA	HUA		DPC		UAT		ASINT		OTROS	
		FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%
20-24	4	3	1.3%	2	0.8%	2	10%	0	0%	2	14.3%
25-29	8	7	2.9%	3	1.3%	5	2.4%	0	0%	1	7.1%
30-34	39	21	8.8%	21	9.3%	23	11%	6	19.4%	5	35.7%
35-39	95	63	26.5%	60	26.7%	51	24.4%	10	32.3%	3	21.4%
40-44	119	85	35.7%	86	38.2%	68	32.5%	4	12.9%	2	14.3%
45-49	69	45	18.9%	39	17.3%	43	20.6%	6	19.4%	1	7.1%
50-54	21	12	5%	13	5.8%	13	6.2%	3	9.7%	0	0%
55-59	3	1	0.4%	0	0%	2	1.0%	2	6.5%	0	0%
60-64	1	0	0%	1	0.4%	1	0.5%	0	0%	0	0%
65-69	1	1	0.4%	0	0%	1	0.5%	0	0%	0	0%
TOTAL	360	238	100%	225	100%	209	100%	31	100%	14	100%
%		66.1%		62.5%		58.1%		8.6%		3.8%	

Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

Nota: HUA, hemorragia uterina anormal; DPC, dolor pélvico crónico; UAT, útero aumentado de tamaño; ASINT, asintomática; FRE, frecuencia.

GRAFICA No. 2

SIGNOS Y SINTOMAS COMO MOTIVO DE CONSULTA



Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

Nota: HUA, hemorragia uterina anormal; DPC, dolor pélvico crónico; UAT, útero aumentado de tamaño.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los síntomas referidos como motivo de consulta, la hemorragia uterina anormal ocupa el 66.1%, seguido de dolor pélvico crónico presente en 62.5% y el hallazgo clínico que con mayor frecuencia se encontró fue un útero aumentado de tamaño, presente en 58%; lo que coincide con la literatura. El hallazgo clínico se relaciona con la deformación que estas patologías le dan a la cavidad uterina, encontrando así un útero en diferentes tamaños y formas a la palpación. (1, 5, 6, 7) Además, 3.8% refirieron dispareunia o el hallazgo clínico de masa pélvica palpable.

Fueron asintomáticas 8.6% de las mujeres estudiadas; a quienes se les atendía en el consultorio por otro diagnóstico como síndrome climatérico, incontinencia urinaria u otras causas, y que por hallazgo incidental al examen físico o por ultrasonido anormal se les diagnosticó patología uterina. Está descrito que el 50% de las mujeres son asintomáticas detectándose problema uterino de forma incidental. (1,6,7,8) En el estudio este porcentaje se encuentra disminuido ya que por lo regular la población que ahí consulta llega ya con sintomatología. Es muy raro que alguien consulte al Seguro Social para realizarse un examen físico general.

CUADRO No. 7 – A

Antecedentes gineco-obstétricos del grupo estudiado.

No. DE REPORTADOS	FRECUENCIA DE GESTAS		FRECUENCIA DE PARTOS		FRECUENCIA DE ABORTOS		FRECUENCIA DE CESAREA	
	FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%
0	16	4.4%	74	20.5%	232	64.4%	257	71.4%
1	25	6.9%	31	8.6%	75	20.8%	31	8.6%
2	49	13.6%	57	15.8%	22	6.1 %	12	3.3%
3	99	27.5%	81	22.5%	5	1.4%	31	8.6%
4	65	18.1%	55	15.3%	4	1.1%	8	2.2%
5	41	11.4%	22	6.1%	2	0.5%	2	0.5%
6	22	6.1%	14	3.9%	0	0%	0	0%
7	11	3.1%	6	1.6%	0	0%	0	0%
8 o >	13	3.6%	1	0.3%	1	0.3%	0	0%
Sin información	19	5.3%	19	5.3%	19	5.3%	19	5.3%
TOTAL	360	100 %	360	100 %	360	100 %	360	100 %

Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

Nota: FRE= frecuencia.

CUADRO No. 7 – B

EDAD	MENARQUIA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin información	257	71.4 %
9 – 11	14	3.8%
12	18	5%
13	32	8.9%
14	21	5.8%
15 – 17	18	5%
TOTAL	360	100 %

Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

CUADRO No. 7 - C

EDAD	MENOPAUSIA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ausente	24	6.7%
25 – 29	3	0.8%
30 – 34	34	9.4%
35 – 39	92	25.5%
40 – 44	117	32.5%
45 – 49	69	19.2%
50 – 54	21	5.8%
TOTAL	360	100 %

Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

CUADRO No. 7 – D

Antecedentes gineco-obstétricos sobre el uso de anticonceptivos orales y terapia de resustitución hormonal en 360 pacientes.

EDAD	ACOS / TRH	
	FRE	%
20-24	0	0%
25-29	2	11.1%
30-34	4	22.2%
35-39	7	38.9%
40-44	1	5.6%
45-49	2	11.1%
50-54	2	11.1%
55-59	0	0%
60-64	0	0%
65-69	0	0%
TOTAL	18	100%
%	5%	

Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los antecedentes ginecoobstétricos sobresale que el 70.5% presentaron de 2 a 5 gestas; el 53.6% reporto haber tenido de 2 a 4 partos; la mayoría de las personas en estudio no presentaron abortos en 64.4% y 20.8% refirieron un aborto; al 71.4% de ellas no se les habían realizado cesárea, mientras que 20.5% informó de 1 a 3 cesáreas.

La literatura no menciona relación entre estos antecedentes con la existencia o no de alguna patología uterina. Estos resultados no indican que las pacientes que se encuentren en estos intervalos serán las de mayor riesgo ya que, de la población que consulta al seguro social no importando la afección que las motive a consultar, la mayoría tienen entre 2 a 5 hijos atendidos por parto normal, con frecuencia baja de cesáreas y menos frecuencia de abortos.

La edad a la que se presenta con más frecuencia la menarquia es entre los 12 a 14 años de edad. Este intervalo no se relaciona precisamente con patología uterina, se conoce que en este intervalo de edad se presenta la etapa de desarrollo de la mujer.

De las pacientes menopáusicas, la mayoría de ellas fue por intervención quirúrgica secundaria a la patología uterina, encontrándose entre los 35 a 49 años con 77.2%; coincidiendo con el intervalo de edad en que se presentan las patologías uterinas. Llama la atención que 36% de esta población estudiada tienen menos de 40 años, llegando a esta etapa tempranamente por histerectomía; vale la pena sopesar las condiciones en las que se encuentra la paciente ya que estas tendrán que iniciar una terapia de resustitución hormonal en un tiempo más temprano o caerán en problemas como osteoporosis.

Se reportó que las pacientes utilizaban anticonceptivos en 4.2% y terapia de resustitución hormonal 0.8%. Ninguna de la pacientes estudiadas refirió usar tamoxifen; es probable que se haya dado este hallazgo ya que este medicamento se relaciona más con lesiones uterinas malignas, y es muy utilizado en pacientes con antecedente de tumores mamarios, de los que no se tuvo información. La exposición prolongada de estrógenos y el uso de tamoxifen son antecedentes importantes en pacientes que presentan alguna patología uterina. (1, 18, 20)

CUADRO No. 8

Antecedentes médicos de 360 mujeres estudiadas.

EDAD	HTA		OBESIDAD		ASMA		DM		OTROS	
	FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%	FRE	%
20-24	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
25-29	0	0%	3	6.1%	0	0%	0	0%	0	0%
30-34	4	6.3%	10	20.4%	5	20.8%	1	5.3%	2	28.6%
35-39	8	12.5%	13	26.5%	8	33.3%	3	15.8%	0	0%
40-44	19	29.7%	13	26.5%	9	37.5%	7	36.8%	2	28.6%
45-49	23	35.9%	7	14.3%	2	8.3%	5	26.3%	3	42.9%
50-54	6	9.4%	2	4.1%	0	0%	3	15.8%	0	0%
55-59	3	4.7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
60-64	1	1.6%	1	2.1%	0	0%	0	0%	0	0%
65-69	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	64	100%	49	100%	24	100%	19	100%	7	100%
%	17.7%		13.6%		6.7%		5.3%		1.9%	

Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

Nota: HTA, hipertensión arterial; DM, diabetes mellitus; FRE, frecuencia.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los antecedentes médicos reportados, el 17.7% cursaban con hipertensión arterial, siendo más frecuente entre los 40 a 49 años (65.62%). La obesidad que se describe como factor de riesgo para algunas de las patologías uterinas, se presentó en un 13.6%. Se encontraron pacientes con antecedente de asma (6.6%), diabetes mellitus (5.3%) y además 3 casos con antecedentes de padecer de síndrome convulsivo, 2 de hipercolesterolemia y uno de hipoplasia renal y adenoma hipofisiario.

Está documentado que la obesidad, padecer de diabetes, hipertensión, hipotiroidismo y su terapéutica están relacionadas con la presencia de cáncer endometrial, más que de lesiones benignas del útero. (1, 18, 20, 21)

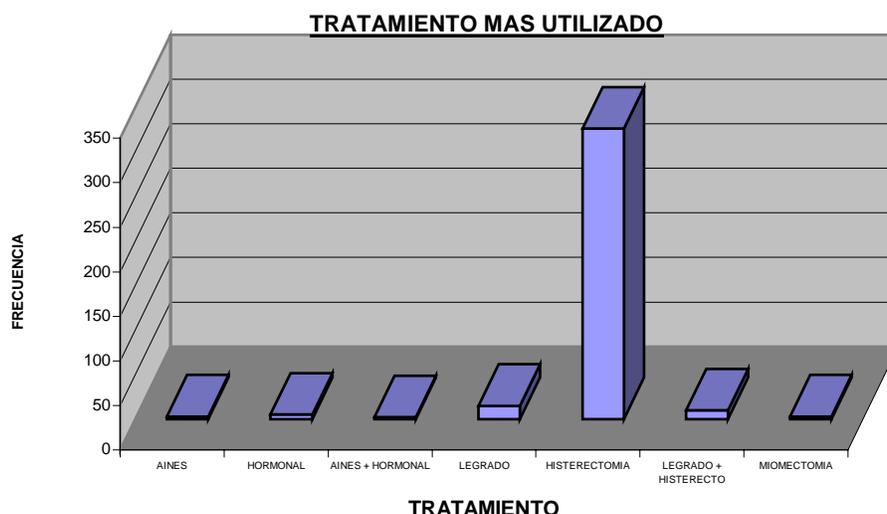
CUADRO No. 9

Tipo de tratamiento utilizado con las pacientes estudiadas.

	TRATAMIENTO MEDICO		TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	2.8 %	354	98.3 %
NO	350	97.2 %	6	1.7 %
TOTAL	360	100 %	360	100 %

Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

GRAFICA No. 3



Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se le realizó tratamiento médico al 2.8 % de la población en estudio, clasificado como tratamiento con AINES 30%, 50% con tratamiento hormonal y 20% ambos. El tratamiento quirúrgico fue realizado al 98.3%, siendo legrados 4.2%, histerectomía un 92% y miomectomía un 0.85%. A 4 de las pacientes tratadas con medicamentos, se les realizó como medida terapéutica final histerectomía. De las 333 histerectomías realizadas, el 13% reportaron patología sin alteración.

Por la edad que las pacientes presentan al momento de consultar, los síntomas, su paridad complacida y por las consecuencias que conlleva tener un útero enfermo, el mejor método terapéutico para estas patologías es la histerectomía, aún en presencia del riesgo quirúrgico por el antecedente médico presente. (1,7,8,9,11)

CUADRO No. 10

Comparación de diagnóstico clínico, ultrasonográfico y anatomopatológico.

PATOLOGÍA	DIAGNOSTICO CLINICO		DIAGNOSTICO USG		DIAGNOSTICO PATOLÓGICO	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
LEIOMIOMATOSIS	335	100%	324	96.7%	167	49.8%
HIPERPLASIA	23	100%	19	82.6%	14	60.9%
ADENOMIOSIS	2	100%	1	50%	185	----%
NORMAL	0		6		45	
OTROS	0		10		21	
TOTAL	360		360		432	

Fuente: archivo de la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

ANÁLISIS DE RESULTADO

El diagnóstico clínico más frecuente fue la leiomiomatosis uterina, con una relación clínica – ultrasonográfica del 96.7%, que sugiere que la evaluación clínica de las pacientes es adecuada y confirmada con un método diagnóstico. Pero su relación clínica – patológica disminuye hasta un 50%. Esto no quiere decir que la relación clínica, ultrasonográfica y anatomopatológica de leiomiomatosis es mala, sencillamente no se puede igualar un método diagnóstico con otro en el que se está observando la pieza anatómica. Al igual sucede con la hiperplasia endometrial, que presenta una relación clínico – ultrasonográfica de 82.6% y clínico - patológica de 60.9%.

Llama la atención que en la población estudiada se encontraron 185 casos de adenomiosis por anatomopatología, incidencia que no se esperaba por falta de información; aunque esta lesión tiene una sospecha clínica, sabemos que se diagnostica exclusivamente por estudio histológico, pero debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales al momento de ingresar una paciente.

Del total de pacientes estudiadas, 12.5% reportaron estudio histopatológico normal (cuadro 4); ésto puede deberse a varios factores de los que podemos mencionar que a las pacientes en el Hospital Juan José Arevalo Bermejo, IGSS, se les realiza el estudio ultrasonográfico dependiendo de la cita que se les haya dado debido al volumen de pacientes que consultan a ese centro y no dependiendo del ciclo ovulatorio en el que se encuentren. La fase proliferativa es el momento ideal para realizar un ultrasonido, debido a que no hay efecto progestacional, esto puede mostrar inflamación del cuerpo uterino y hacer sospechar de alguna patología uterina. Es importante el abordaje ultrasonográfico, ya que se presenta mejor resolución de imagen por un ultrasonido transvaginal; actualmente en la unidad de ultrasonido se está realizando con frecuencia el abordaje abdominal. Otro factor que puede influir es la resolución del equipo de la unidad de patología y muy importante, los cortes que se le realicen a la muestra.

El diagnóstico de adenomiosis es anatomopatológico, la clínica nos puede hacer sospechar de la presencia de esta enfermedad para incluirlo en el diagnóstico diferencial, pero el ultrasonido no lo puede detectar por el tipo de formación tisular. (cuadro 2, 3, 4)

La relación clínica, ultrasonográfica y anatomopatológica es la esperada (cuadro 10), ya que no se puede comparar una inspección clínica, con un estudio por imágenes y menos con observación microscópica.

IX. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de patología uterina en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS, fue de 19 pacientes por 1000 mujeres consultantes en el año 2000.
2. El grupo etáreo más afectado por lesiones uterinas se encontró entre los 35 a 49 años, siendo el 79% de la población estudiada.
3. La leiomiomatosis uterina es el problema uterino que se diagnostica con más frecuencia por clínica (93%) y ultrasonido (90%) confirmado con anatomopatología (38.7). De los casos estudiados, el 43% (185) presentó diagnóstico anatomopatológico de adenomiosis, con una frecuencia de diagnóstico clínico de 0.5%.
4. Los síntomas más frecuentes como motivo de consulta son la hemorragia uterina anormal (66%) y el dolor pélvico crónico (63%). El signo clínico más frecuente es el hallazgo de un útero aumentado de tamaño (58%).
5. El 36% de las pacientes llegaron a la menopausia pos-histerectomía antes de los 40 años.
6. El 50% presentaban antecedentes de hipertensión, asma, diabetes, obesidad o consumo de medicamentos hormonales.
7. El tratamiento más frecuente fue quirúrgico (98.3%); siendo la mayoría histerectomías. Se realizó legrado o miomectomía a las pacientes en edad reproductiva joven con paridad no complacida.

X. RECOMENDACIONES

1. Realizar una completa anamnesis de la paciente e investigar sus antecedentes fisiológicos y patológicos ya que en los expedientes no aparece registro de antecedentes de masas mamarias o del uso de medicamentos esteroideos que puedan orientar mejor el diagnóstico.
2. Implementar la indicación de biopsia endometrial o histeroscopia para identificar el problema en pacientes sintomáticas con ultrasonido normal, previo a someterlas a procedimiento quirúrgico.
3. Aumentar la edad en la que las pacientes presentan la menopausia post-quirúrgica, tomando en cuenta el estado en que se encuentra la paciente ya que éstas tendrán que iniciar la terapia de resustitución hormonal en un tiempo más temprano con tendencia a caer en otros problemas como osteoporosis.
4. Incluir la adenomiosis como diagnóstico diferencial al ingreso de las pacientes, ya que como clínicos hay que contemplar todas las posibilidades diagnósticas y no esperar un resultado de laboratorio o de gabinete para tomarlo en consideración.

XI. RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo, se realizó para caracterizar epidemiológicamente a las pacientes con diagnóstico de patología uterina que asistieron a la Unidad de Ginecología del Hospital Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, durante enero a diciembre del año 2000. Se utilizaron los expedientes de 360 mujeres, encontrando que el 79% de ellas están entre los 35 y 49 años. El diagnóstico más frecuente por clínica y ultrasonido fue el de leiomiomatosis con una relación de 97%; sin embargo el diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue adenomiosis, presentando una frecuencia de 51% con respecto al total de casos estudiados, seguida por la leiomiomatosis quien presenta una relación clínico patológica del 50%. Los síntomas más frecuentes fueron hemorragia uterina anormal y dolor pélvico crónico con una incidencia de 66 y 63%, respectivamente. El signo más frecuente fue encontrar un útero aumentado de tamaño, en un 58%. Los antecedentes médicos se encontraron presentes en 50% de las pacientes, sin encontrar una relación clara con estas lesiones uterinas.

La prevalencia de patologías uterinas en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS, fue de 19 pacientes por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva consultante durante el año 2000. La relación clínico – patológica fue de 50% y 61% para leiomiomatosis e hiperplasia endometrial respectivamente y se observó una frecuencia anatomopatológica de adenomiosis de 51%.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Berek, J. et al. Ginecología de Novak. 12ª edición. México: Interamericana McGraw-Hill, 1997. 1357p.
2. Moore, K. L. Embriología Básica. 3ra. edición. México, Interamericana McGraw-Hill, 1989. 319p.
3. Rouviere, H y A. Delmas. Anatomía Humana; Descriptiva, Topográfica y Funcional. 9ª edición, Barcelona: Masson,S.A., 1991. Tomo 2.
4. Haruvy, Y. et al. Gynecologic cancer. Committee on Gynecologic Oncology / International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2000; 70 : 209 – 262.
5. Fawcett, D.W. Tratado de Histología. 11ª edición. México: Interamericana McGraw-Hill, 1993. 1026p.
6. Grunfeld, L. The Uterus and Endometrium. Clinical Obstetrics and Gynecology. 1996 March; 39 (1) : 175 – 187.
7. Miller, C. E. Myomectomy; comparison of open and laparoscopic techniques. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2000 june; 27 (2) : 407 – 420.
8. Mencaglia, L. Cirugía histeroscópica para miomas submucos o pedunculados. REVCOG. 1995; 5 (1) : 27 – 29.
9. Haney A. Clinical decision making regarding leiomyomata: what we need in the next millenium. Environ Health Perspect. 2000 oct; 108 (5) : 835 – 839.
10. Blumenfeld, M.L. et al. Role of Transvaginal Sonography in the Evaluation of Endometrial Hyperplasia and Cancer. Clinical Obstetrics and Gynecology. 1996 sep; 39 (3) : 641 – 655.
11. Goldfarb, H.A. Myoma coagulation. Obstetrics and Gynecology clinics of North America. 2000 june; 27 (2) : 421 – 429.

12. Bernard, G. et al. Fertility after hysteroscopic myomectomy: effect of intramural myomas associated. Eur J. Obstet Gynecol. 2000 jan; 88 (1) : 85 – 90.
13. Rodríguez, C. R. et al. Correlación histopatológica de la biopsia de endometrio entre cánula de Novak y legrado biopsia. Ginecología y Obstetricia de México. 2000 sep; 68 : 394 – 399.
14. Carranza, S. et al. Evaluación de las variables ultrasonográficas del endometrio en relación con los hallazgos histopatológicos en pacientes con sangrado uterino posmenopáusico. Ginecología y Obstetricia de México. 1996 dic; 64 : 552 – 555.
15. Suarez, A. E. et al. Validación diagnóstica de la aspiración manual endouterina para la detección de hiperplasia y cáncer de endometrio en pacientes con sangrado uterino anormal. Ginecología y Obstetricia de México. 2000 enero; 68 : 1 – 5.
16. Caspi, B. et al. The bright edge of the endometrial polyp. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000; 15 : 327 – 330.
17. Gebauer, G. et al. Role of hysteroscopy in detection and extraction of endometrial polyps. Am J Obstet Gynecol. 2001; 184: 59 – 63.
18. Benedet, J.L. Progress in gynecologic cancer detection and treatment. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2000; 70 : 135 – 147.
19. Bernal, A. et al. Aparente distribución heterogénea de receptores de progesterona en ciertos casos de carcinoma endometrial. Ginecología y Obstetricia de México. 1997; 65 :96 – 100.
20. Torres, A. et al. Cáncer del endometrio clasificación clínico-quirúrgica y resultados del tratamiento. Ginecología y Obstetricia de México. 1998; 66 : 381 – 388.
21. Fowler, J.M. Clasificación por etapas laparoscópica del cáncer endometrial. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1996; 3 : 617 – 630.
22. Baker, V.V. The Molecular Biology of Endometrial Adenocarcinoma. Clinical Obstetrics and Gynecology. 1996; 39 (3) : 707 – 715.

23. Barakat, R. R. Tamoxifeno y neoplasia endometrial. Clínicas Obstetricas y Ginecológicas. 1996; 3 : 579 – 588.
24. Lundstrom M. et al. Serun tetranectin and CA 125 in endometrial adenocarcinoma. Anticancer Res. 2000 sep – Oct; 20 (5c) : 3983 – 3985.
25. Orr, J.W. et al. Surgical Staging Endometrial Cancer. Cllinical Obstetrics and Gynecology. 1996; 39 (3) : 656 – 668.
26. Cabra, R. et al. Sarcoma uterino. Ginecología y Obstetricia de México. 1998; 66 : 164 –169.
27. García, F. y A. Kably. Metaplasia ósea del endometrio como causa de infertilidad. Ginecología y Obstetricia de México. 1999; 67 : 37 – 41.
28. Mendoza, H. y C. Ortíz. Hipertrofia difusa del endometrio. Causa de sangrado uterino anormal. Ginecología y Obstetricia de México. 1999; 67: 370 – 372.

XIII. ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, I.G.S.S.
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, H.G.O.**

BOLETA PARA RECOLECCION DE DATOS

1. Edad: _____
2. Número de afiliación: _____
3. Impresión clínica:
 - leiomiomatosis uterina
 - hiperplasia endometrial
 - polipos endometriales
 - adenomiosis
 - cáncer uterino
 - otros: _____
4. Síntomas y signos:
 - Hemorragia uterina anormal
 - Dolor pélvico
 - Utero aumentado de tamaño
 - Dispareunia
 - Otros: _____
5. Antecedentes ginecoobstétricos:
Gestaciones: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____
Menarquia: _____ Menopausia: _____
Uso de Terapia de Restitución Hormonal: _____
Uso de tamoxifen por Ca. de mama: _____
Otro: _____
6. Tipo de tratamiento:
Médico:
Aines: _____
Hormonoterapia: _____
Quirúrgico:
Legrado: _____
Histerectomía: _____
Otro: _____
7. Método diagnóstico:
Clínico: _____
Ultrasonográfico: _____
Anatomopatológico: _____