

T
Z6658
FM
1992
N3



1020113985

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL METROPOLITANO

"DR. BERNARDO SEPULVEDA"

S.S.A.

CORRELACION DE DIAGNOSTICOS CLINICO Y
ANATOMOPATOLOGICO EN HISTERECTOMIAS
DURANTE 1991

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA

ESPECIALIDAD DE

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA LA

DRA. NORA HILDA NAVARRO LUNA



FONDO TESIS

Monterrey, Nuevo León

Febrero 1992.

A G R A D E C I M I E N T O

A mis padres: Por el gran apoyo incondicional que siempre me han brindado, desde mi carrera y ahora - en mi especialidad.

A mis hermanos y cuñado: Por su apoyo moral y por la participación en la elaboración de gráficas para - este estudio.

A mi esposo: Por el apoyo y atención que me dió durante - la realización de este trabajo y la culminación del mismo.

A mis maestros: Por la orientación aportada para la realización de este trabajo, además de las enseñanzas obtenidas durante la especialidad.

Al personal del departamento de anatomía patológica: Por la contribución en la obtención de datos.

A todos ellos con respeto se dedica la presente tesis.



H I S T O R I A

La primera histerectomía abdominal se realizó con buen éxito muchos años después de que se hiciese la "ovariotomía" con bastante frecuencia y con algunos resultados favorables. Antes de intentar la histerectomía se hizo la miomectomía. En 1843 Charles Clay, de Manchester hizo la extirpación abdominal de un útero leiomiomatoso, pero la paciente se cayó al suelo con cierta violencia y murió la mañana del decimoquinto día. La primera extirpación por completo exitosa de un útero leiomiomatoso tuvo lugar en Massachusetts en 1853 cuando el Dr. Walter Burnham, de Lowell, abrió el abdomen con la intención de escindir lo que pensó que era un quiste de ovario. Por falta de anestesia adecuada, la paciente vomitó de pronto y extruyó por la incisión el gran útero. El cirujano no pudo volver a introducirlo y se vio obligado a extirparlo. La paciente vivió y Burnham se consideró capaz de intentar más histerectomías. De sus 15 casos siguientes, solo 3 sobrevivieron. Sir James Young Simpson, considerado un cirujano audaz a mediados del siglo XIX, dijo que había que rechazar la idea de eliminar los leiomiomas uterinos porque es "una operación por completo injustificable". Lawson Tait intentó resolver el problema de los leiomiomas mediante castración con una ooforectomía bilateral. En la primera asamblea anual de la Sociedad Norteamericana de Ginecología, 1880, C.D. Palmer recopiló un total de 119 histerectomías que Pozzi había reunido de la bibliografía en 1875. Palmer halló una mortalidad quirúrgica del 64% y calculaba que, incluyendo los casos no publicados, en esa época el índice de mortalidad superaría el 75%.

La histerectomía vaginal fue realizada en 1813 por Langenbeck en Alemania y en 1829 por John Collins Warren en Boston. Ambas operaciones fracasaron. Fenger describió la moderna operación de la histerectomía vaginal en 1881. Los partidarios del abordaje vaginal y del abordaje abdominal iniciaron su polémica hacia fines del siglo XIX y esta polémica todavía persiste en cierta medida en la actualidad. Kelly fué uno de los primeros defensores de la histerectomía vaginal, pero después cambio de parecer y se pronunció a favor del abordaje abdominal.

A N T E C E D E N T E S

La histerectomía total y subtotal se ha convertido en una operación relativamente inocua en manos de un ginecólogo competente. En las últimas décadas se ha registrado una tendencia uniforme hacia la histerectomía total. En 1946 Miller publicó un 69% de histerectomías totales y un 31% de subtotales. Johnson informó sobre 1246 histerectomías abdominales realizadas en el servicio Tulane del Charity Hospital entre 1952 y 1954; ninguna de estas histerectomías fué subtotal. En los dos últimos decenios la histerectomía total ha hallado aceptación como método preferido para extirpar el útero. En nuestras clínicas, más del 99% de todas las histerectomías abdominales son totales. En una serie reciente de 4341 histerectomías abdominales realizadas en el Grady Memorial Hospital, solo 40 (0.9%) fueron subtotales. En el Complejo Médico del Condado de Milwaukee se deja el cuello uterino en menos del 0.5% de todos los casos sometidos a histerectomías abdominales. En nuestra opinión, esta tendencia hacia histerectomía total se justifica, aunque no creemos que deba ser

imprescindible en todos los casos.

Al juzgar los dos procedimientos se deben equili---
brar las ventajas de extirpar el cuello con la posibili---
dad de una mayor morbimortalidad para la operación total.
En cierta medida esto es difícil de hacer porque en la ac---
tualidad la histerectomía abdominal subtotal solo se hace
en pacientes que tienen una enfermedad pelviana muy grave.
En consecuencia, como cabría anticipar, la morbimortali---
dad posoperatoria de la histerectomía abdominal subtotal_
es mayor que la de la histerectomía abdominal total, pero
por razones que nada tienen que ver con diferencias en la
técnica operatoria. Las ventajas de eliminar el cuello --
uterino radican en particular en que se lo erradica como_
posible fuente de una secreción o sangrado engorroso y --
también como un sitio que podría cancerizarse. La inciden---
cia de carcinomas no es mayor en el muñon retenido que en
el cuello del útero intacto. Como la incidencia de carci---
noma servical en cuellos sometidos a evaluaciones citolo---
gicas reiteradas es extremadamente baja, la desventaja --
principal del cuello retenido es que requiere un segui---
miento citológico ininterrumpido. Aunque existe una inci---
dencia de resultados falsamente negativos de un 10 a 15%_
para la citología vaginal, los estudios citológicos y las
evaluaciones clínicas repetidas del cuello uterino redu---
cen el riesgo de cáncer a cifras desdeñables y, por lo ---
tanto, las razones para extirpar el cuello deben basarse_
en el proceso patológico que requiere una histerectomía -
y en el riesgo de complicaciones que podrían ocurrir por_
tratar de retirar el cuello de su sitio anatómico entre -
la vejiga arriba, el recto abajo y el útero a cada lado.

Se puede hacer una amputación subtotal del cuerpo -

uterino rápidamente cuando surgen dificultades operatorias o el anesthesiólogo informa que el estado de la paciente es crítico. Las indicaciones de la histerectomía subtotal deben basarse con exclusividad en el riesgo quirúrgico de este procedimiento adicional porque las indicaciones actuales para extirpar el útero corresponden a la histerectomía total. La histerectomía subtotal se hace en casos como enfermedad inflamatoria severa de la pelvis, endometriosis avanzada, cáncer de ovario y otros estados en los cuales no se puede definir con claridad la anatomía de la pelvis. Incluso en estas circunstancias, por lo general el ginecólogo experimentado puede extraer el útero sin peligro de lesionar los elementos circundantes. El riesgo quirúrgico de extirpar el cuello tiene que ser importante para que se decida retenerlo. Aunque la cantidad de pacientes con carcinoma originado en el muñón cervical ha disminuido mucho en los últimos años, es lamentable que todavía algunas mujeres mueran de esta enfermedad, cuando esto se habría evitado dedicando algunos minutos extras a realizar una histerectomía total y no una subtotal. Aunque el riesgo de que se forme una fístula vesicovaginal o rectovaginal y de que se lesione el uréter aumenta muy poco al extirpar el cuello, ninguna de estas complicaciones tendría que ocurrir, en particular si no hay una enfermedad pelviana importante y se trabaja con técnica quirúrgica correcta. Este riesgo potencial no debería servir para desistir de extirpar el cuello al hacer la histerectomía abdominal. No tendemos para nada a pronunciarnos en contra de la histerectomía total, a pesar de los estudios que aseveran que el orgasmo se perturba menos si se hace una histerectomía subtotal.

J U S T I F I C A C I O N

El presente trabajo fué realizado con el afán de dar a conocer al ginecólogo, la exactitud en el diagnóstico clínico realizado en pacientes sometidas a histerectomía.

En este trabajo se pretende demostrar la certeza en las indicaciones de histerectomía, mediante la correlación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatómo-patológico. Por lo tanto se tomaron en cuenta solo las histerectomías cuya indicación era susceptible de verificarse por histopatología.

No solo es demostrativo de certeza, sino que al dar a conocer al ginecólogo el porcentaje de no certeza entre lo clínico y lo definitivo, nos hara analizar y modificar los métodos de diagnóstico y mejorar la certeza del diagnóstico clínico.

Ya que en forma indirecta servira para análisis de los métodos diagnósticos, y las modificaciones se realizaran solo en el departamento que analizamos, el estudio se concreta solo a histerectomías realizadas dentro de nuestro departamento y no a todas las que son analizadas en el departamento de Anatomía Patológica (que recibe muestras de otros hospitales).

M A T E R I A L Y M E T O D O S

El estudio fué retrospectivo basada la información en los reportes de exámen anatómo-patológico del departamento de Anatomía Patológica de histerectomías realizadas durante 1991 por el departamento de ginecología del Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepulveda" en Nuevo León.

Se incluyeron en este trabajo reportes que reunian

información completa, respecto a diagnóstico clínico y diagnóstico anatómo-patológico y que además fueran de histerectomías realizadas en el departamento de ginecología de enero a diciembre de 1991.

Se excluyeron de este trabajo los siguientes casos:

- Reportes con información incompleta.
- Pacientes en quienes se realizó conización cervical previo a la histerectomía.
- Distopia genital
- Hipertrofia uterina
- Congestión pélvica
- Sangrado uterino disfuncional
- Atonía uterina

El primero de los criterios mencionados, se excluye por razones obvias, afortunadamente solo fueron 6 casos en los que no se obtuvo información completa.

Las pacientes a las que se realizó conización previa a la histerectomía fueron 15. Se les excluye por la probabilidad de que la patología presentada se encontrara totalmente en el cono y al realizar la histerectomía ya no se encontrara dicho diagnóstico. Aunque se vuelven a incluir este grupo de pacientes al analizar los grupos de edad por diagnóstico clínico.

La indicación de hipertrofia uterina no se incluye ya que no se tiene la información clínica suficiente en las solicitudes de exámen anatómo-patológico enviadas por el departamento de ginecología; así como tampoco el departamento de Anatomía Patológica cuenta con escalas de dimensiones y peso de utero normales de mujeres de nuestro país, con determinada edad y paridad. Esto es un estudio que se tiene en proyecto.

El resto de las indicaciones de histerectomía que se excluyeron fué porque el diagnóstico clínico no era factible de corroborarse por histopatología.

Se analizaron los reportes histopatológicos de las pacientes histerectomizadas, incluyendo solo las que reunieran los criterios; de este número se formaron grupos por diagnóstico y se correlacionó tanto el acierto en el diagnóstico clínico, así como también se dió a conocer la frecuencia de cada diagnóstico con respecto al total de histerectomías incluídas.

Otros datos analizados, no menos trascendentes fueron edades de las pacientes y relación con el diagnóstico; Además también se obtuvo el número de pacientes a las que se realizó salpingo-oforectomía bilateral y edad de las mismas.

R E S U L T A D O S

En la revisión retrospectiva de reportes definitivos de histerectomías realizadas durante 1991, se encontró un total de 197 histerectomías, de las cuales de acuerdo a los criterios de inclusión se tomaron solo 107, ya que las otras 90 no reunían los criterios, y así se obtuvo que el diagnóstico más frecuente de las excluídas fué: distopia genital con un número de 42 casos, le siguió en frecuencia 14 casos de Ca Cu in situ con previa conización. El resto de los casos excluídos fueron en menor número: 12 casos de hipertrofia uterina. 10 casos de congestión pélvica. El resto fué por causas diversas.

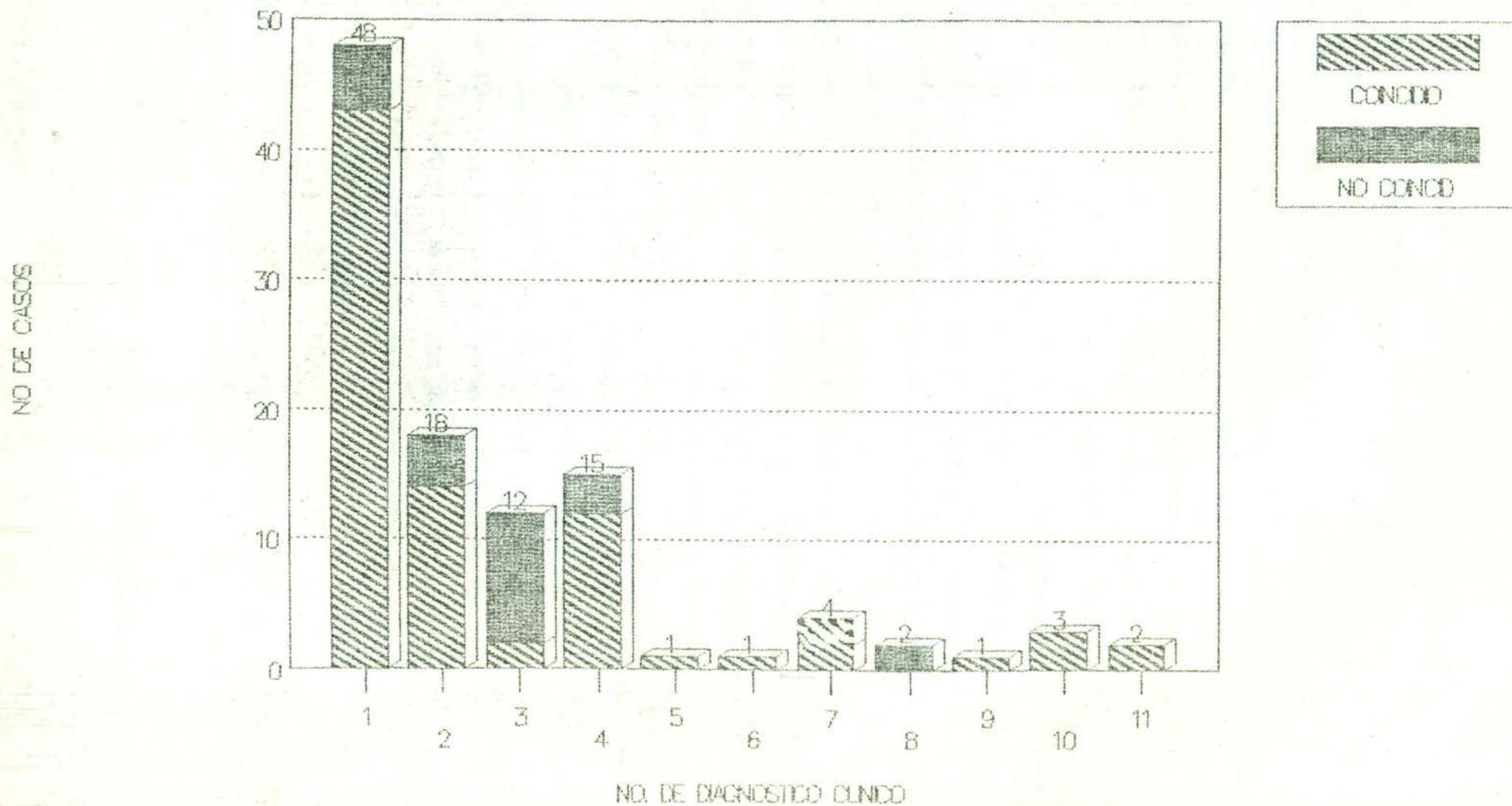
De los 107 casos incluídos se hizo una clasificación por diagnóstico, que se muestra en la tabla 1. En es

TABLA DE DIAGNOSTICOS CLINICOS Y ANATOMO-PATOLOGICOS

NO.	DIAGNOSTICO CLINICO	NO. DE CASOS	COINCIDIO	(%)	NO COINCIDIO	(%)
1.-	MIOMATOSIS	46	43	98	5	18
2.-	Ca Cu	18	14	78	4	22
3.-	DISPLASIA	12	2	17	10	83
4.-	TUMOR ANEXIAL	15	12	80	3	20
5.-	PERFORACION UTERINA	1	1	100	0	0
6.-	D P P N I	1	1	100	0	0
7.-	ENFERMEDAD PELVICA	4	4	100	0	0
8.-	H M R	2	0	0	2	100
9.-	HIPERPLASIA ADENOMATOSA DEL ENDOMETRIO	1	1	100	0	0
10.-	EMBARAZO ECTOPICO	3	3	100	0	0
11.-	RUPTURA UTERINA	2	2	100	0	0
	TOTAL	107	81	76	26	24

CORRELACION DE DIAGNOSTICO CLINICO

Y ANATOMO-PATOLOGICO



ta se muestra la frecuencia de las indicaciones de histerectomía, además de la correlación de esta indicación y el diagnóstico definitivo.

El diagnóstico más frecuente de histerectomía en nuestro hospital fué: Miomatosis uterina y gratamente se encontró un 90% (43 casos) de acierto entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico; el 10% (5 casos) en que no coincidió el diagnóstico, se encontró utero normal.

El segundo diagnóstico más frecuente fué Ca Cu in situ, con una frecuencia de 18, coincidiendo los diagnósticos clínico y anatomo-patológico en 14 casos (78%) y 4 casos (22%) que no coincidieron, estos últimos 4 casos tuvieron como reporte definitivo 2 casos de displasia leve y 2 con cervicitis crónica.

El 3er. diagnóstico más frecuente fué tumor anexial con un total de casos de 15, coincidiendo por anatomopatología en 12 casos (80%) y 3 casos no coincidieron (20%).- El reporte definitivo de los 3 casos que no coincidieron fueron reportados como leiomiomatosis.

El 4to. diagnóstico en frecuencia fué displasia, con un total de casos de 12, de los cuales solo 2 (17%) coincidieron y 10 casos (83%) no. De los 10 casos que no coincidieron con el diagnóstico anatomopatológico, se encontró que 6 casos se reportaron como Ca Cu in situ, 2 casos como como Condiloma plano y 2 con cervicitis crónica.

Por perforación uterina hubo 1 solo caso que coincidió con el reporte definitivo.

De enfermedad pélvica inflamatoria fueron 4 casos de histerectomía que coincidieron en el 100% con el reporte de anatomía patológica.

Hubo 2 casos de huevo muerto retenido, que ^{no} coincidi--

dieron con el reporte de anatomía patológica.

Se presentó para histerectomía solo 1 caso de hiperplasia adenomatosa del endometrio, mismo que coincidió -- con el diagnóstico definitivo.

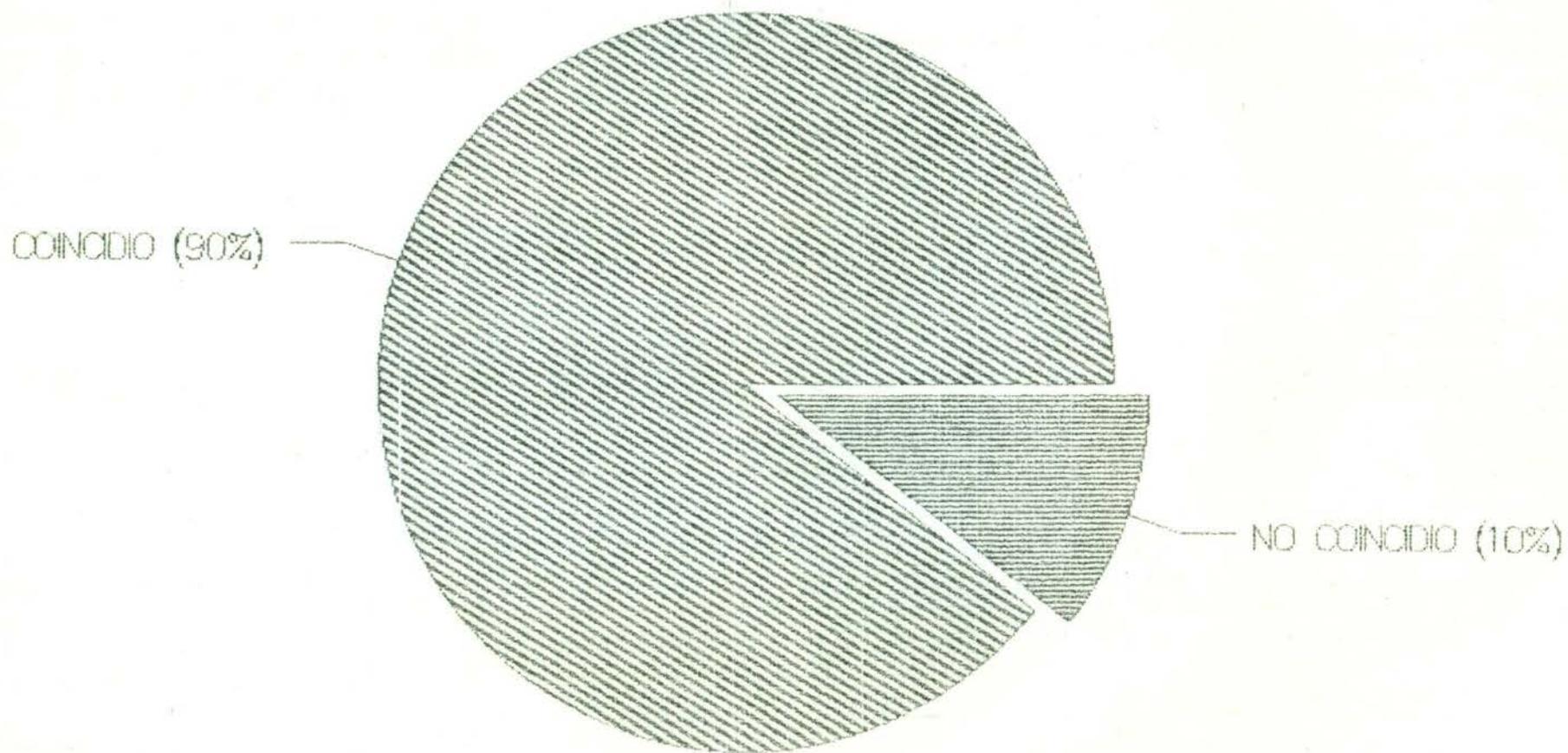
Por embarazo ectópico se sometieron 3 pacientes a -- histerectomía de los cuales el 100% coincidió con el diagnóstico definitivo.

Dos casos por ruptura uterina coincidieron con anatomía patológica.

Del total de diagnósticos incluidos que fueron 107, se obtuvo una certeza del 76% que representan 81 casos.

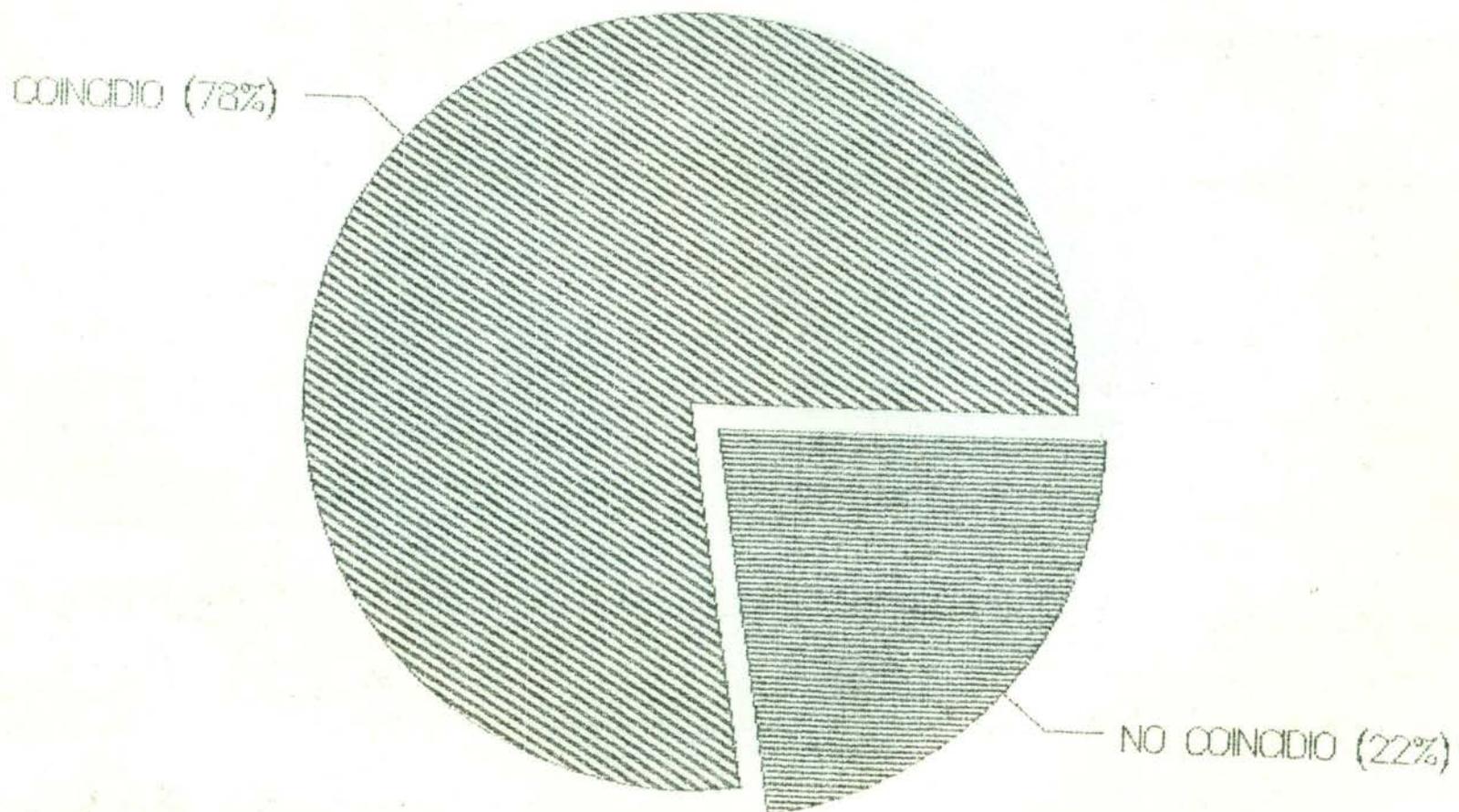
Las siguientes gráficas muestran las proporciones -- de diagnóstico clínico que coincidió con el diagnóstico -- anatomopatológico.

PORCENTAJES DE DIAGNOSTICO CLINICO MIOMATOSIS

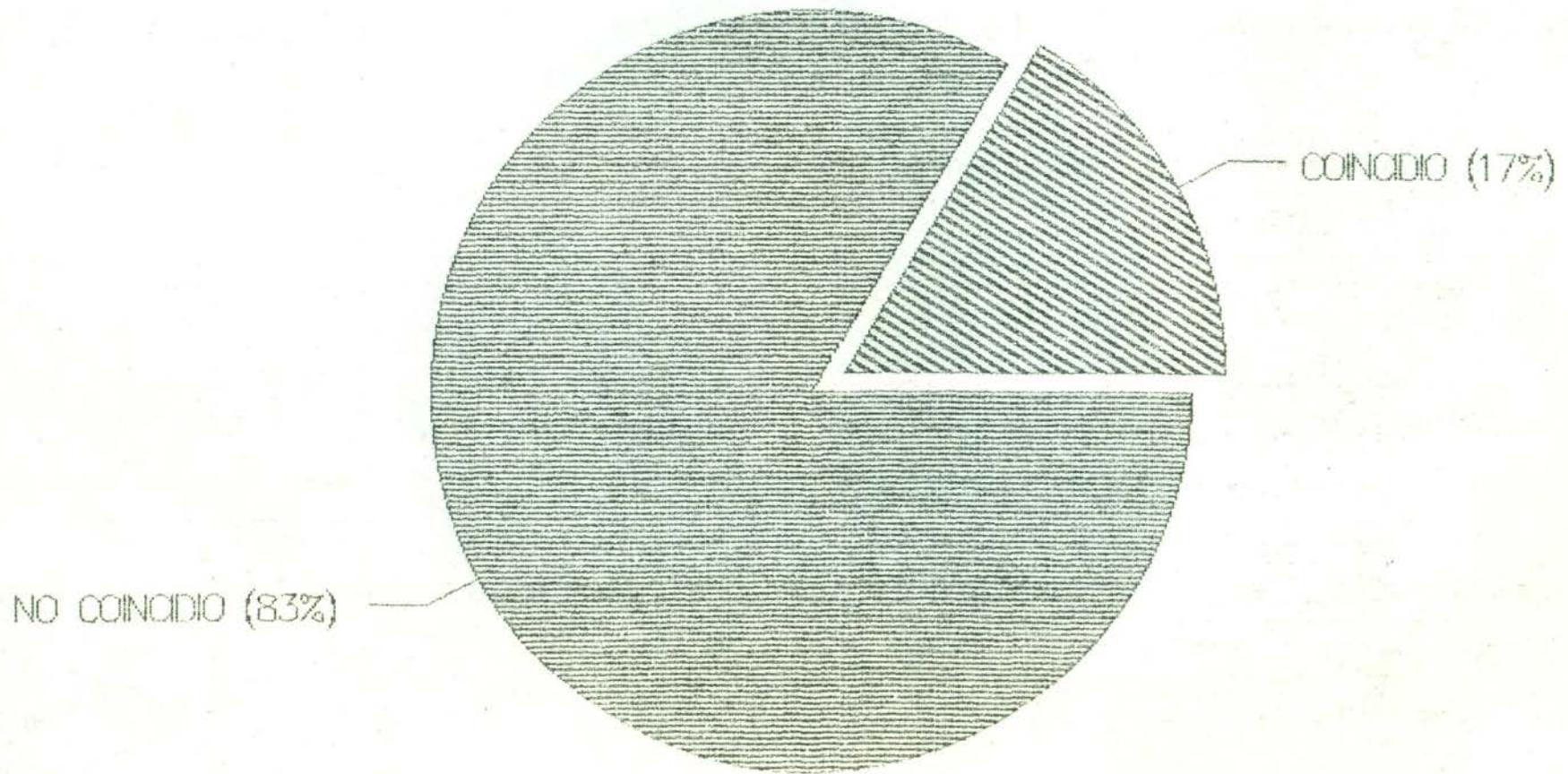


PORCENTAJES DE DIAGNOSTICO CLINICO

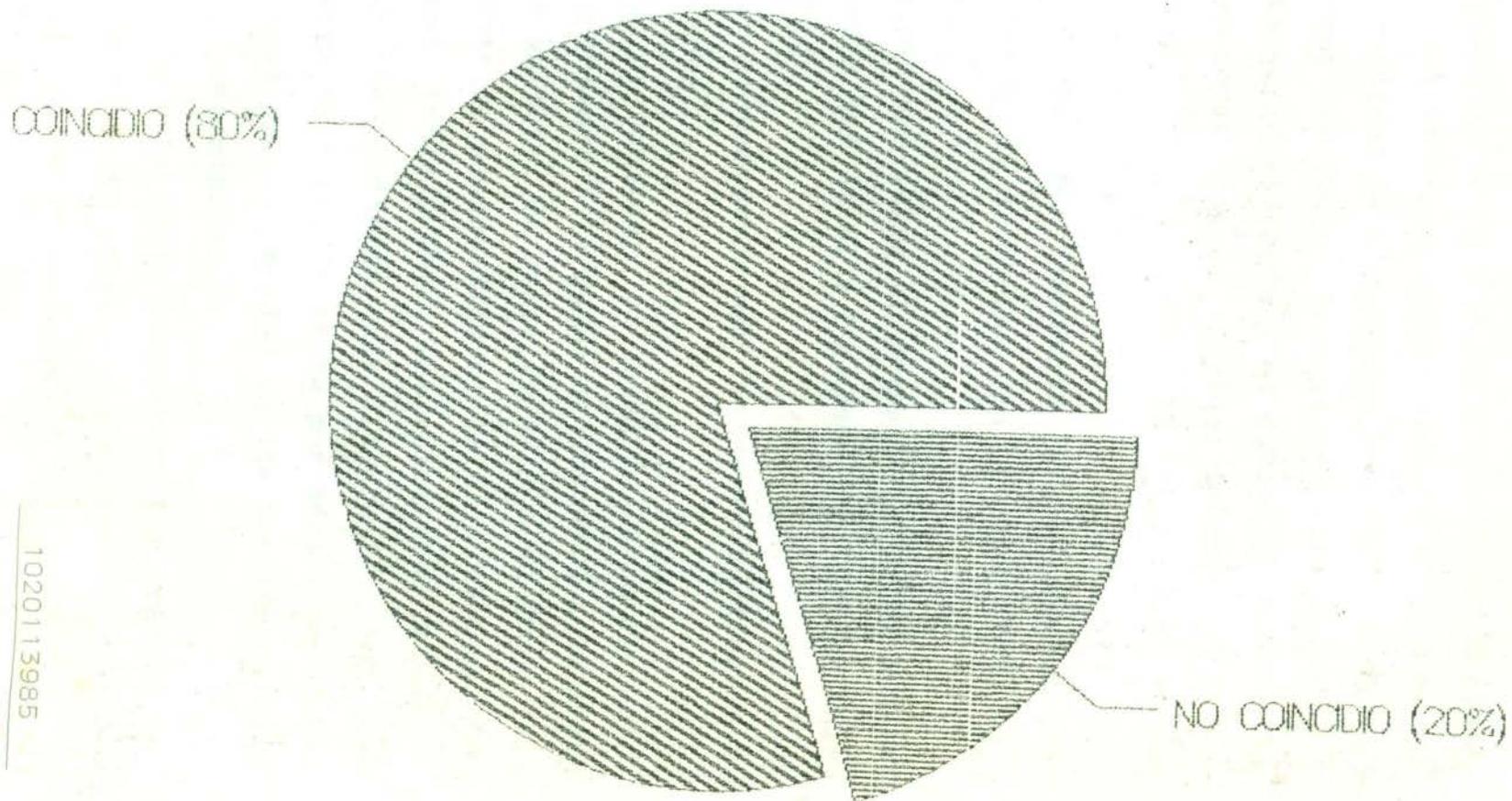
Ca Cu



BORCENIA TES DE DIAGNOSTICO CLINICO
PORCENTAJES DE DIAGNOSTICO CLINICO
DISPLASIA



PORCENTAJES DE DIAGNOSTICO CLINICO
TUMOR ANEXIAL



1020113985

Los anteriores resultados correspondieron al objetivo principal del estudio; aunque también se obtuvo la siguiente información; Se analizaron las 197 histerectomías para obtener los grupos de edad más frecuentes en que se presenta cada patología y se obtuvo lo siguiente:

Para miomatosis uterina el grupo de edad más frecuente de presentación fué de 41 a 50 años, con 27 casos (56%) de un total de 48 casos.

El grupo de edad más frecuente de presentación para Ca Cu in situ fué de 31 a 40 años con 14 casos (54%) de un total de 32.

Para tumores anexiales el grupo de edad más frecuente de presentación fué de 41 a 50 años, con 7 casos (47%) de un total de 15.

La edad de presentación más frecuente de displasia fué de 31 a 40 años.

Puesto que se consideró al total de las histerectomías (197) para obtener este dato; se encontró a la displasia genital con un total de casos de 42 y a su grupo de edad más frecuente de diagnóstico al de 41 a 50 años.

La siguiente tabla muestra los anteriores datos; Grupo de edad en que predomina cada diagnóstico, así como también se muestra el total de casos por década de edad, cabe comparar otros grupos de edad en que también es alta la frecuencia de presentación.

En seguida de esta tabla se muestra una gráfica en barras donde en general se aprecia las edades en que predominan la mayoría de las patologías.

GRUPOS DE EDAD Y DIAGNOSTICO

GRUPOS DE EDAD (AÑOS)	D I A G N O S T I C O									
	MIOMATOSIS		Ca Cu		TUMOR ANEXIAL		DISPLASIA		DIST. GENITAL	
	NO. CASOS	%	NO. CASOS	%	NO. CASOS	%	NO. CASOS	%	NO. CASOS	%
11-20	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0
21-30	1	2	8	31	0	0	1	8	2	5
31-40	18	37	14	54	0	0	5	42	8	19
41-50	27	56	4	15	7	47	1	8	14	33
51-60	2	4	0	0	5	33	3	25	8	19
61-70	0	0	0	0	0	0	2	17	5	12
71-80	0	0	0	0	2	13	0	0	5	12
TOTAL	48	100	32	100	15	100	12	100	42	100

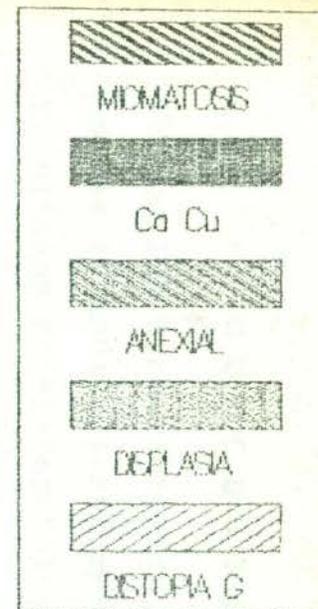
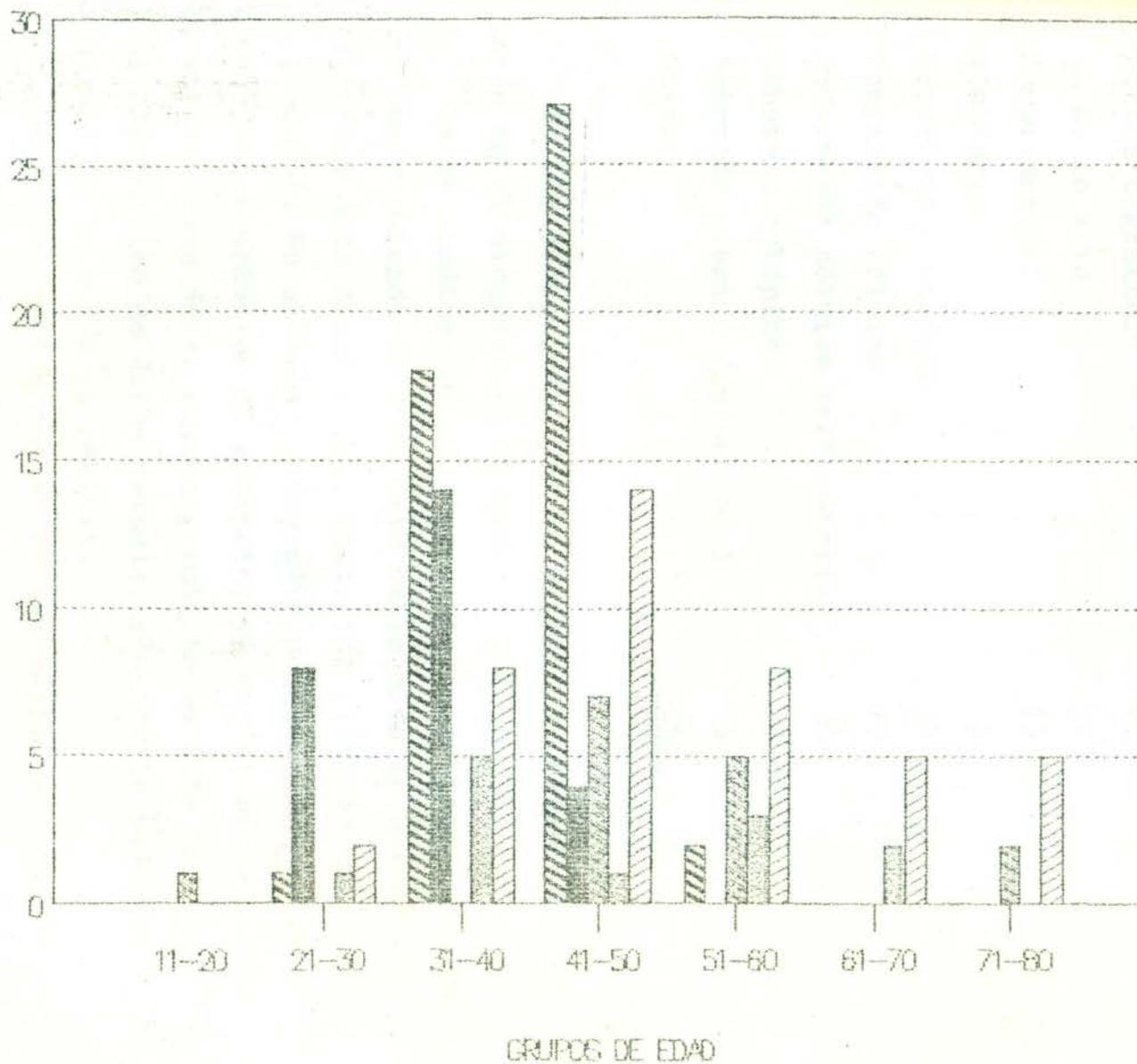
SALPINGO-OFORERECTOMIA BILATERAL

MENOS DE 40	DE 40 O MAS
9 CASOS	55 CASOS

Otro dato analizado, fué el total de salpingo-oforec-
tomías bilaterales realizadas, con respecto a edad y al --
diagnóstico; y así se encontró que de las 197 histerectomi-
as, se realizó salpingo-oforectomía bilateral en 64 pacien-
tes, de las cuales 55 eran de 40 años o más, y solo en 9 -
casos eran menores de 40 años.

Las indicaciones quirúrgicas de los 9 casos que te--
nían menos de 40 años fueron las siguientes: 3 casos por -
congestión pélvica, 3 casos de miomatosis uterina, 1 caso_
de atonía uterina, 1 caso de distópia genital y 1 caso de_
Ca Cu.

NO. DE CASOS



CONCLUSIONES

Fueron 197 histerectomías, sin excluir casos se obtuvo que las 10 indicaciones más frecuentes, independientemente de resultados de histopatología fueron los siguientes:

1) Miomatosis uterina	48
2) Distófia genital	42
3) Ca Cu in situ	32
4) Tumor anexial	15
5) Displasia	13
6) Hipertrofia uterina	12
7) Congestión Pélvica	10
8) Enfermedad pélvica inflamatoria	4
9) Embarazo ectópico	3
10) Sangrado uterino disfuncional	3
Otros	<u>15</u>
	197

De 107 casos incluidos en general se obtuvo una precisión en el diagnóstico clínico de 76%.

De la indicación más frecuente (miomatosis), se obtuvo una precisión de 90%. Esto habla bien de los métodos utilizados para diagnóstico, tanto los clínicos como los de gabinete. No obstante, convendra analizar la confiabilidad de los estudios de gabinete, ya que el más utilizado en este caso es el ecosonograma. No se duda del potencial diagnóstico de dicho estudio, sino de la honestidad o habilidad de quién lo realiza.

De la indicación que se obtuvo mayor imprecisión -- (displasia), con un 83%; conviene analizar los resultados definitivos. Este 83% representó 10 casos; de estos, 6 -- fueron Ca Cu, 2 condiloma plano y 2 con cervicitis crónica. Recordando la evolución natural de este diagnóstico --

(displasia), sabemos que los resultados definitivos obtenidos son en algún momento parte de la misma evolución; -- por lo tanto cabe considerar que esta imprecisión es relativa.

Con respecto de la indicación de tumor anexial, se consideró la sola presencia de tumoración ovárica, independiente de benignidad o malignidad; así que los resultados obtenidos deben tomarse con reserva.

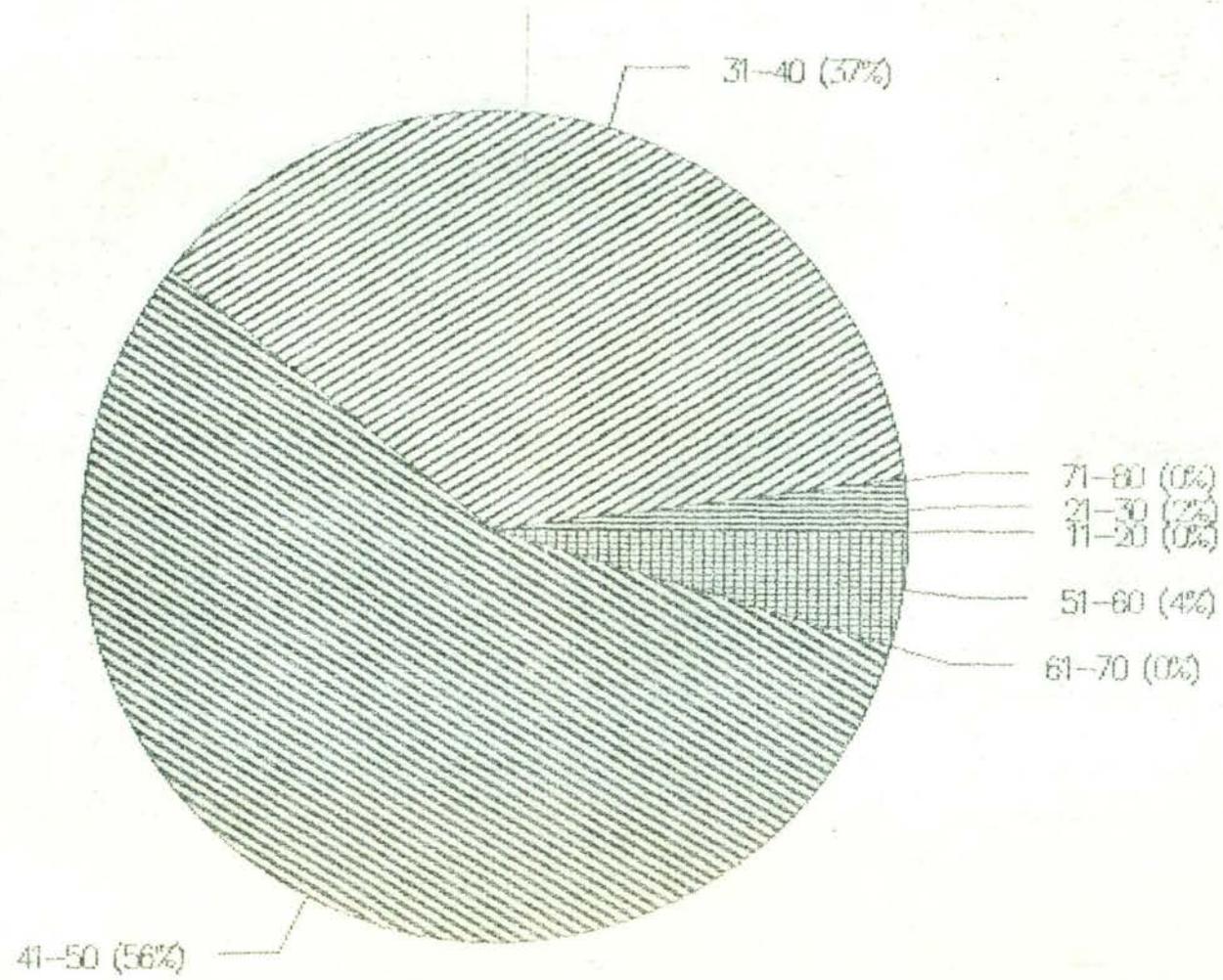
Los datos obtenidos con respecto a los grupos de edad más frecuentes de presentación de las diversas patologías, solo se considera para la población de nuestro hospital.

Respecto a las salpingo-oforectomías realizadas: Un total de 64 de 197 histerectomías, de estas 55 fueron de más de 40 años de edad; por el simple dato de la edad en que se practicaron no es tan criticable su realización independiente de la indicación quirúrgica; pero los 9 casos en que se realizó en menores de 40 años, es mandatorio revisar las indicaciones. Tres de estas fueron por congestión pélvica, esta situación no se debate. Otros 3 casos de miomatosis, 1 de atonía, 1 de distópia genital y 1 de Ca Cu no son justificables, aunque no se puede ser inflexible si desconocemos los accidentes o hallazgos operatorios aun y cuando anatomía patológica demuestre ovarios normales.

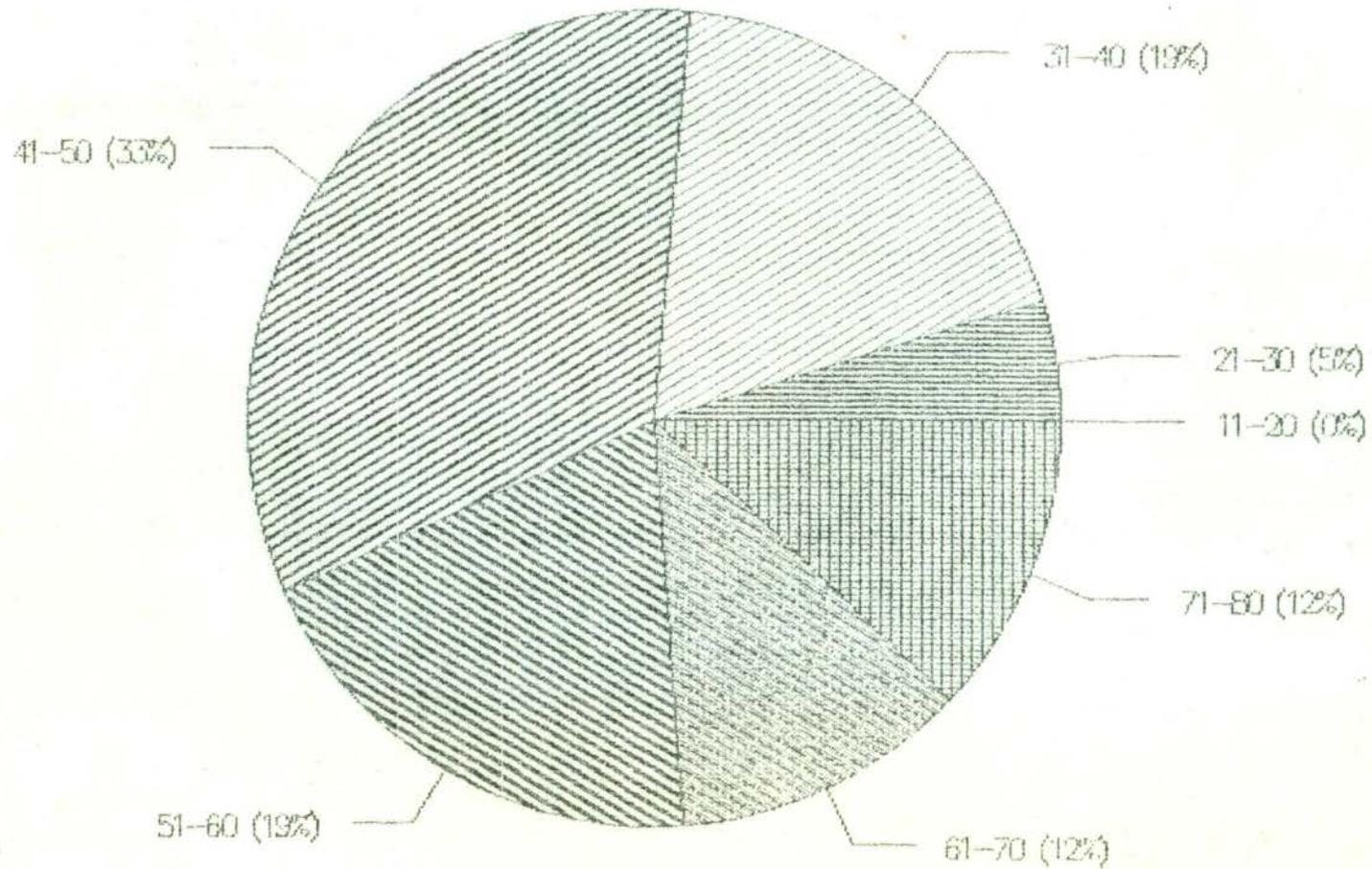
A continuación se muestran gráficas que representan los grupos de edad más frecuentes por diagnóstico, estas nos permiten visualizar con facilidad la proporción de la distribución. Después se muestra una gráfica que facilita

el visualizar la edad en que confluyen la mayoría de las_
patologías. Al final se muestra un esquema con respecto a
la salpingo-oforectomía.

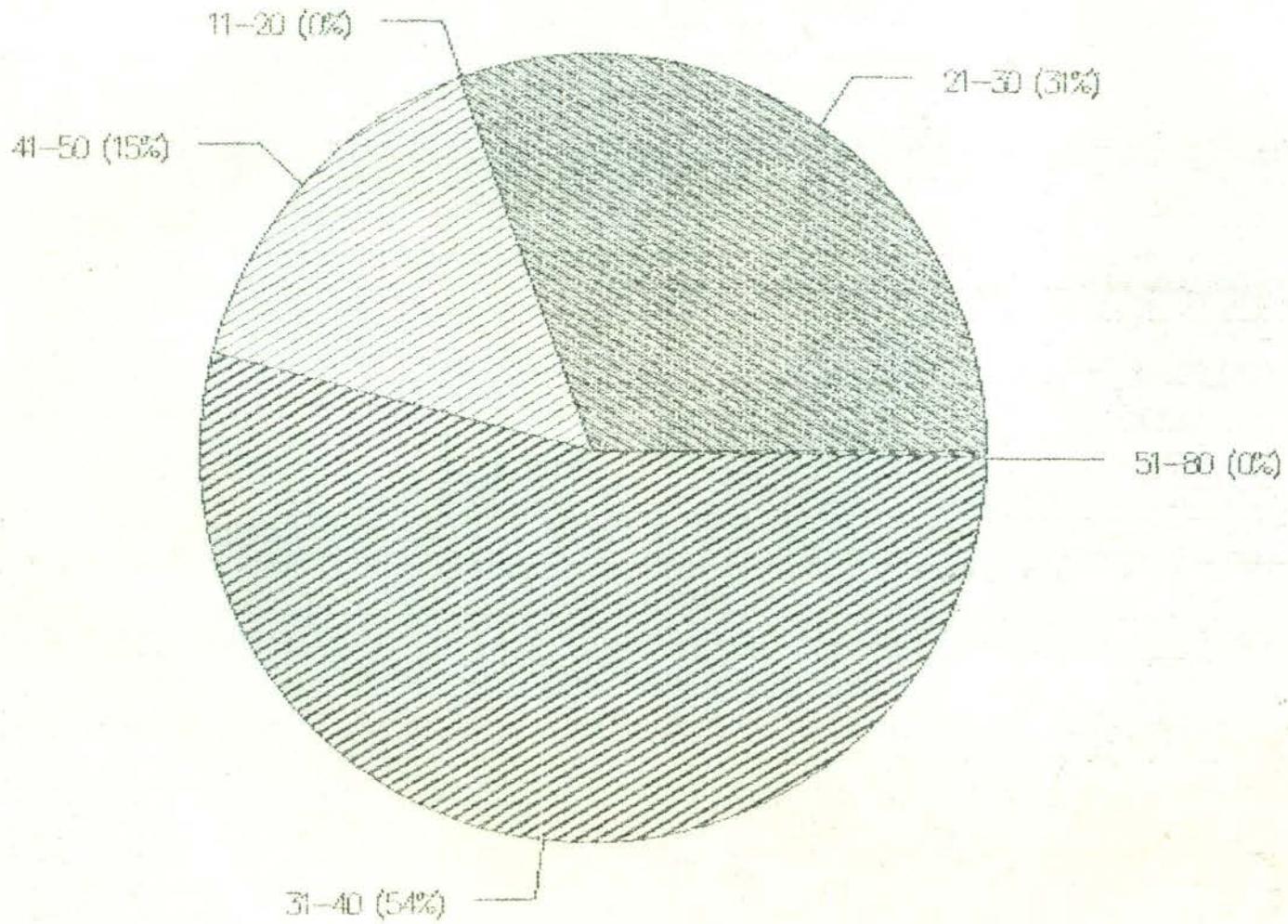
MIOMATOSIS



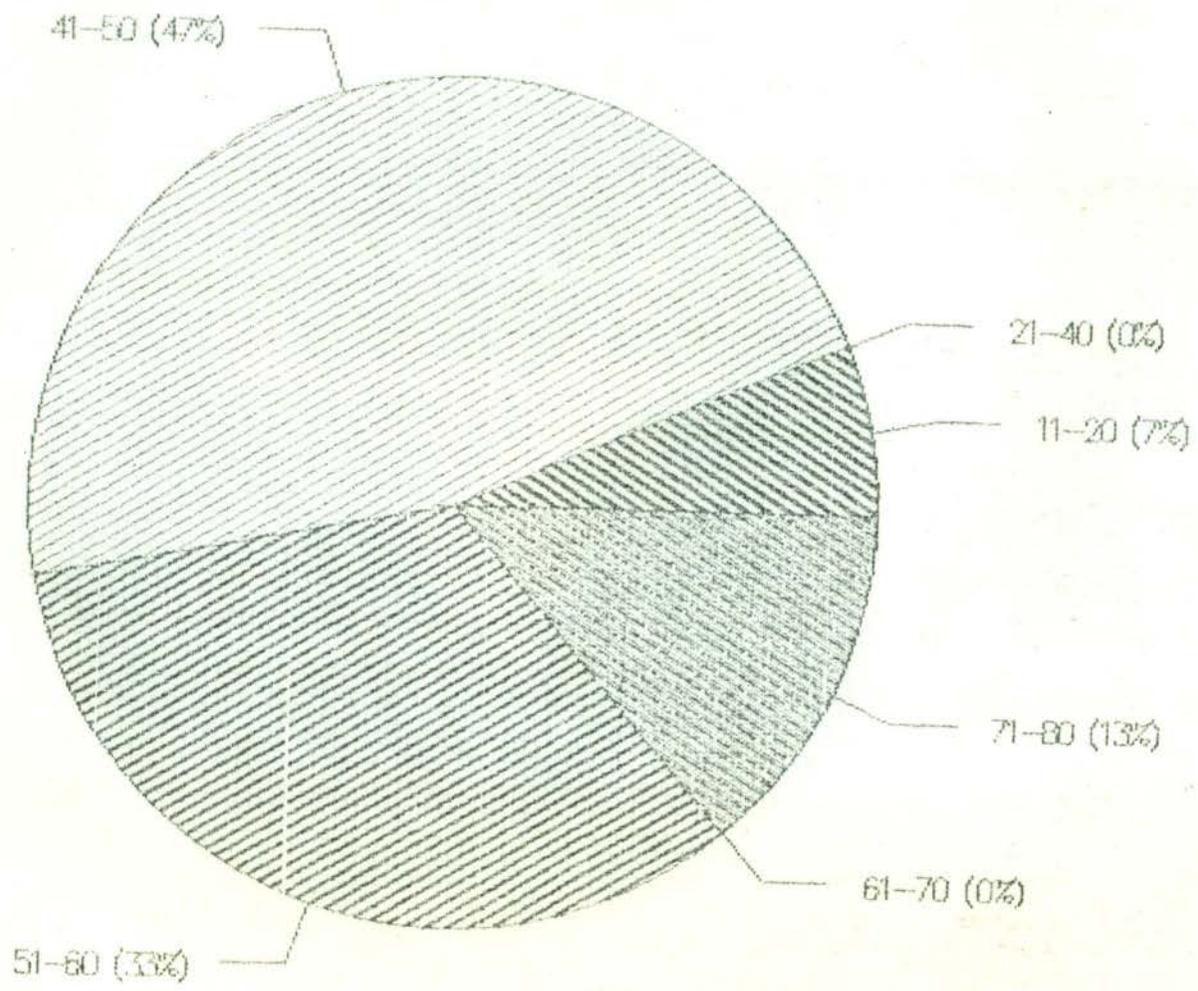
DISTOPIA GENITAL



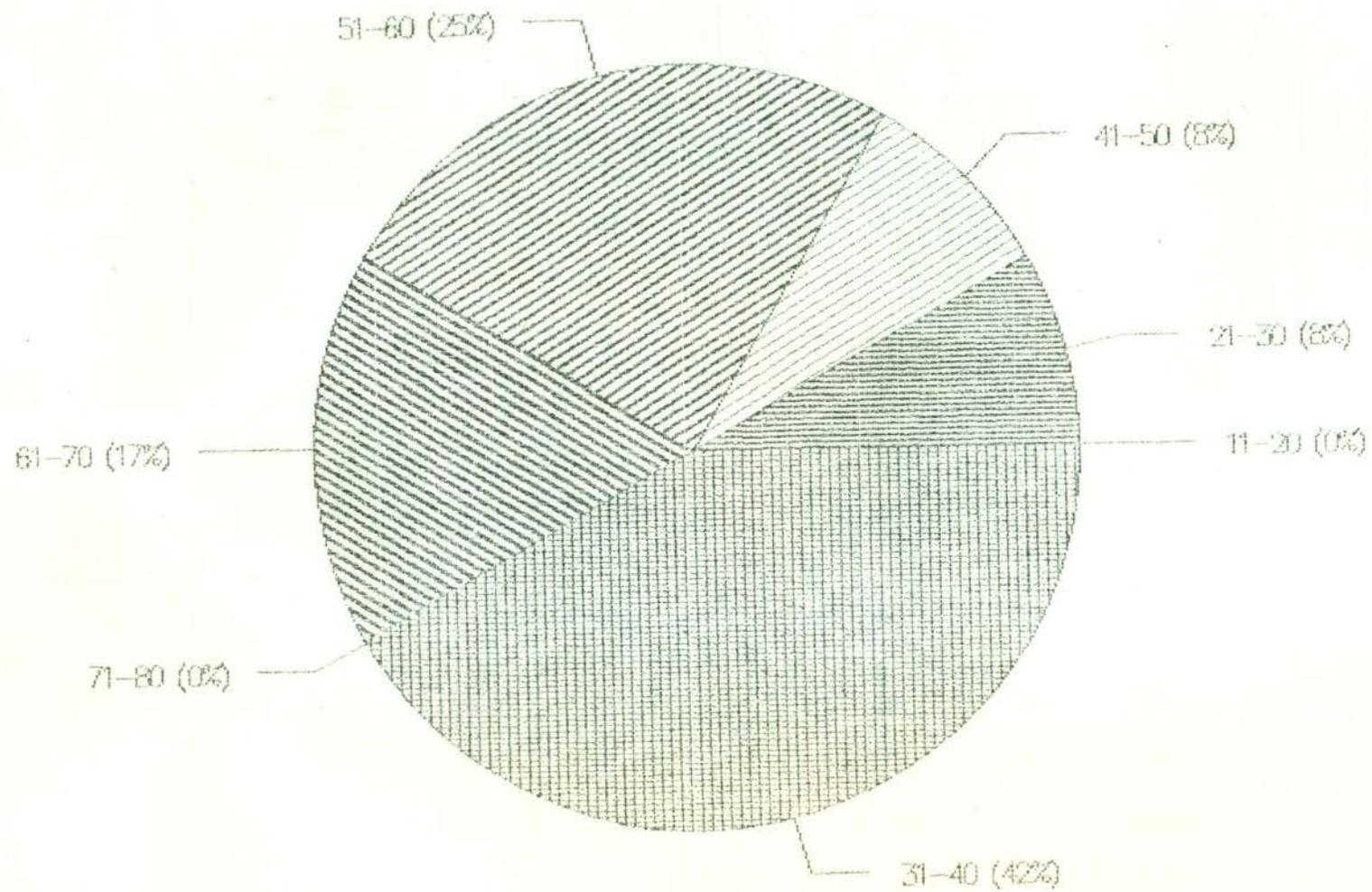
Ca Cu



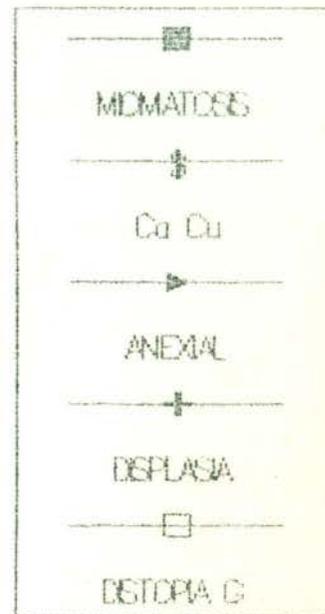
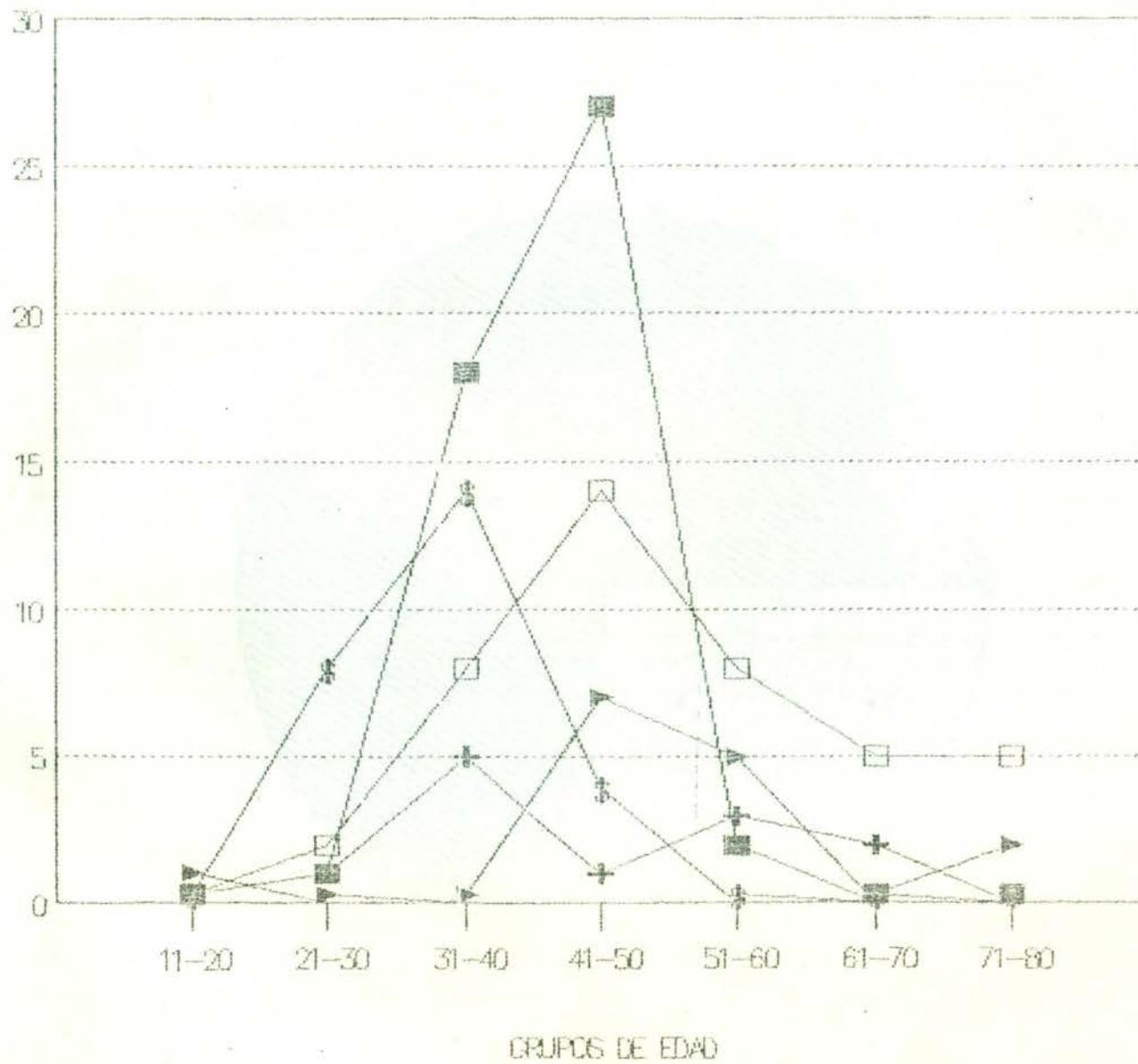
TUMOR ANEXIAL



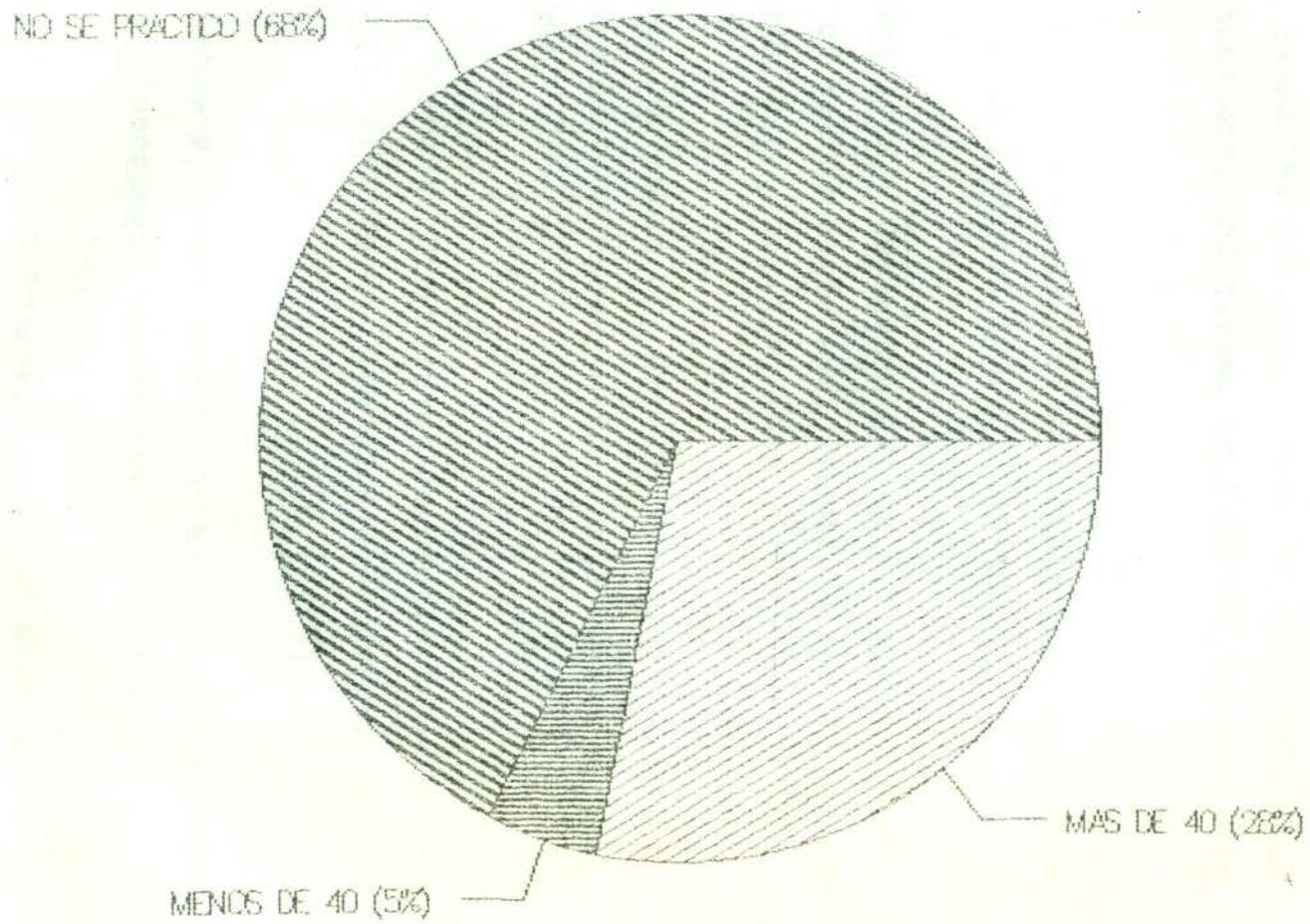
DISPLASIA



NO. DE CASOS



BILATERAL



B I B L I O G R A F I A

Ahued José R, Lowenberg Favela E, Pineda Guerrero: Morbilidad en histerectomía abdominal. Informe de 500 casos. - Ginecología y Obstetricia de México. 1984; 52.

Amirikia H, Evans TN: Ten-year review of hysterectomies: Trends, indications, and risks. Am J Obstet Gynecol 134: 431, 1979.

Centerwall BS: Premenopausal hysterectomy and cardiovascular disease. Am J Obstet Gynecol 139;58, 1981.

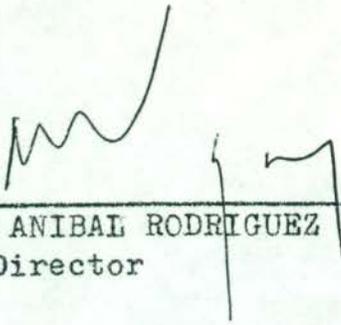
Dicker RC, Scally MJ, Greenspan JR, et al: Hysterectomy -- among women of reproductive age: Trends in the United States, 1970-1978. JAMA, 248:323, 1982.

Lee NC, Dicker RC, Rubin GL, Ory HW: Confirmation of preoperative diagnoses of hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 150; 283, 1984.

Jones, Wentz, Burnett: Diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical. Tratado de Ginecología de Novak. 1988; - 580-590.

Mattlingly Richar F, Thompson John D: Historia de la cirugía pelviana. Ginecología operatoria. 1987; 2-8. 191.

Torres Lobaton, Matías Salvador, Hernández Aten, Román Balsaure: Histerectomía radical por cáncer cervicouterino. Ginecología y Obstetricia de México. 1991; 59: 8-14.



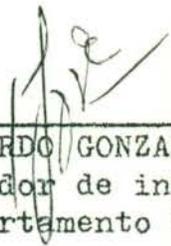
DR. MARCO ANIBAL RODRIGUEZ
Director



DR. JOAQUIN TAVERA RIVERA
Jefe del departamento de
enseñanza e investigación
del Hospital Metropolitano



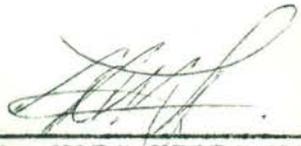
DR. JOSE LUIS MARTINEZ ZOZAYA
Coordinador de enseñanza del
Departamento de Ginecología



DR. RICARDO GONZALEZ ELIZONDO
Coordinador de investigación
del Departamento de Ginecología



DR. JOSE OSCAR MENDOZA PERALES
Jefe del departamento de Ginecología y
Obstetricia



DRA. NORA HILDA NAVARRO LUNA
Residente de tercer año de
Ginecología y Obstetricia.

