

MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO "ENRIQUE C. SOTOMAYOR" DESDE 1985 - 1991

Autores: Dr. Jorge Daher N.**

Dra. Angela Jaramillo Q.*

Gineco-Obstetra. Jefe de Area Tocoquirúrgica Hospital

"Enrique C. Sotomayor"

*Médico Cirujano. Adscrita al Hospital "Enrique C. Sotomayor"

INTRODUCCION

El 95% de todos los tumores benignos de los genitales femeninos son los miomas del cuerpo del útero.

Aproximadamente el 90% de todos los miomas son diagnosticados en mujeres entre los 35 y 50 años de edad. Rara vez antes de los 20 años y excepcionalmente antes de la pubertad.

En nuestra serie el 51.67% corresponde a pacientes comprendidas entre los 41 y 50 años de edad, le sigue en incidencia con el 33.36%, las pacientes comprendidas entre los 31 y 40 años. El 0.09%, correspondió a una paciente de menos de 20 años con diagnóstico de miomatosis uterina. El 7.57% correspondió a mujeres entre los 51 a 60 años. En más de 60 años, existió el 0.98%.

En relación a los antecedentes gineco-obstétricos, el 6.10% de las pacientes que presentaron miomatosis, tuvieron 5 gestaciones, siendo menor el porcentaje cuanto mayor es el número de embarazos.

El 6.88% de las pacientes fueron multíparas. El 11.41% presentaron un aborto. El 6.20% de las pacientes tuvieron 3 cesáreas anteriores.

Las hemorragias anormales constituyen los síntomas más importantes y frecuentes de todos los miomas.

En nuestra casuística, 328 pacientes presentaron sangrado genital anormal (metrorragia e hipermenorrea) que corresponde al 23.42%, sangrado transvaginal y dolor hipogástrico se presentó en 9.05%. El 7.77% ingresaron con dolor, 11.34% con tumor abdominal-pélvico y el 0.98% presentó disuria.

Clínicamente se hizo el diagnóstico de Miomatosis Uterina en el 87.6% del total de casos ingresados, mioma uterino + prolapso genital en el 4.33%, mioma uterino + embarazo en 3.74%. La ecografía confirmó el diagnóstico clínico de mioma uterino + quiste de ovario en 43 casos, que corresponde al 4.23%.

La perfección de los actuales equipos de ecografía nos permiten investigar y realizar el diagnóstico temprano de miomatosis.

En nuestro grupo de estudios, a 266 pacientes se les realizó este medio de diagnóstico complementario, diagnosticando miomatosis en el 71.80%, mioma + quiste de ovario 16.16%, mioma + anexitis 22.25%, mioma + embarazo 9.39%, resultando dentro de estos últimos, un embarazo normal.

La localización más frecuente de los fibroleiomiomas es la corporal, siendo la localización cervical poco frecuente, de 1.2 a 8%, esto se corrobora en una revisión retrospectiva, realizada en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital "Daniel Gurría Urgell" de Villahermosa - México, en donde se encontró que el menor porcentaje de incidencia de mioma uterino, en cuanto a localización, estaba dado por los miomas cervicales.

En el presente estudio, las imágenes ecográficas permitieron, en algunos casos, conocer la localización del mioma, en otros, aquella se conoció durante el intraoperatorio, y así tenemos que el 94.68% de los miomas fueron submucosos, 2.36% intamulares, 1.87% subserosos.

Además en el transoperatorio, se halló que 12 miomas fueron cervicales, que representan el 1.18% y 3 intraligamentosos, 0.29%. De igual forma se encontró 37 casos de mioma múltiple, 3.64% y 8 pediculados, 0.78%.

En relación con las modificaciones secundarias de los miomas, encontramos que la degeneración quística es poco frecuente, y suele asociarse a cambios hísticos.

En el Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Hospital de Santa Cruz - España, Parra y Ormo realizaron un trabajo sobre modificaciones secundarias, encontrando 9 casos de degeneración quística y 1 caso en que esa modificación simulaba una gestación, por la excepcional localización e integración del mioma degenerado a la silueta uterina, lo que fue interpretado en la ecografía como gestación.

En nuestra casuística, hallamos durante el intraoperatorio, 11 casos de degeneración quística, 2 de necrosis y 1 de reblandecimiento, que representan el 1.08%, 0.19% y el 0.09% respectivamente.

El resultado del estudio histopatológico fue el siguiente: fibroleiomioma 42%, cervicitis crónica 18%, endometrio proliferativo 14%, adenomiosis 11.33%, hiperplasia glandular quística 4.66%, pólipo endometrial y cervical 3.33% y Ca escamocelular infiltrativo cervix 1.33%.

En esta serie, las complicaciones Pre-Operatorias más frecuentes fueron: anemia 27.77%, IVU 19.44%, cistocele 13.88%, apendicitis 11.11%, anexitis 11.11%, peritonitis, litiasis biliar y EPI 2.77%.

Se observa mayor frecuencia de complicaciones en el caso de pacientes con antecedentes quirúrgicos abdomino-pélvicos, tumores grandes y adheridos, experiencia técnica limitada, todo lo cual dificulta y retarda el manejo quirúrgico, prolonga el tiempo anestésico, hay mayor traumatismo de los tejidos y en raras ocasiones pueden ser causa de la muerte de alguna paciente.

El excesivo riesgo de lesiones urológicas y la excesiva pérdida hemática que comporta la Cesárea - Histerectomía, son las principales críticas a esta intervención.

En nuestra serie durante el transoperatorio, 5 pacientes tuvieron hemorragia importante que ameritó transfusión de sangre total, 0.49% 2 casos de lesión accidental de vejiga, 0.19%, 1 caso de lesión ureteral y de inercia uterina, que representan el 0.09%. Las lesiones urológicas fueron observadas en el grupo de intervenciones urgentes.

Entre los hallazgos en el intraoperatorio, hubo 1.18% de endometriosis y 0.29% de hidrosalpinx.

La incidencia de complicaciones Post-operatorias, en nuestra serie comparable a la de otros autores.

La evolución post-operatoria fue buena en 1.001 pacientes intervenidas quirúrgicamente. En 5 pacientes se produjo hematoma de pared 0.49%, en 4 hubo hemoperitoneo, 0.39% y en 3 casos abscesos de pared., 0.29%.

En relación al tratamiento quirúrgico, la leiomatosis uterina constituye la indicación más frecuente de histerectomía.

En la actualidad esta intervención quirúrgica se realiza con mayor frecuencia y menos riesgos, aunque en ocasiones, sobre todo en presencia de úteros muy voluminosos, resulta difícil y laboriosa su realización.

Según la literatura, trabajos realizados por varios autores, demuestran que la Histerectomía abdominal ocupa el mayor porcentaje de intervenciones quirúrgicas ginecológicas, 93.87%, siguiendo en incidencia la Histerectomía vaginal 4.76%. miomectomía y cesárea-miomectomía 0.68%.

En nuestro estudio, de las 1.016 pacientes diagnosticadas de Miomatosis Uterina, 1.013 recibieron tratamiento quirúrgico, que corresponde al 99.70% del total de ingresos y sólo 3 pacientes recibieron como tratamiento legrado uterino intratumeral.

El tipo de tratamiento quirúrgico al que fueron sometidas las pacientes fue el siguiente: Histerectomía total abdominal 53.10%, dentro de esta intervención, el mayor porcentaje fue la que se acompañó con anexectomía uni o bilateral, 10.46%, siguiendo en incidencia la histerectomía total abdominal + salpingooforectomía bilateral, 2.17%, y en porcentajes decrecientes la histerectomía total abdominal + extirpación de quiste. 1.28%, histerectomía + colpoperinorrafia 1,08% y la histerectomía + apendicectomía 0.39%.

La histerectomía vaginal se realizó en el 2.46%, panhisterectomía 22.90%, miomectomía 3.25%, cesárea + miomectomía 1.67%, cesárea + histerectomía, miomectomía 0.88%, laparotomía exploradora y legrado uterino, 0.29%.

En las últimas cuatro décadas el problema de la cesárea - histerectomía ha sido ampliamente discutido.

Tras los trabajos de Storer-Porro y Lawson, la cesárea-histerectomía estaba reservada para el tratamiento de ciertas complicaciones obstétricas graves que ponían en peligro la vida de las pacientes.

Durante los años posteriores a 1951, se practicó esta intervención con frecuencia cada vez mayor, con incidencia hasta del 12% del total de cesáreas. Actualmente se la practica más selectivamente.

Fabregues-Carmona realizaron un análisis de 14 casos de cesáreas histerectomías practicadas en el Departamento de Ginecología-Obstetricia en el Hospital Provincial de Barcelona-España, durante un período de 19 años, cifra que corresponde al 0,37%, sobre el total de cesáreas llevadas a cabo en dicha institución.

La incidencia en el presente estudio, es de 0.88%, comparable con la aportada por otros autores nacionales.

En nuestra serie, de las 9 cesáreas-histerectomías realizadas durante un período de 6 años, en 4 de ellas se programó previamente la intervención, siendo la indicación principal, la presencia de mioma en 2 casos y de Ca. escamocelular infiltrante de cervix en otros 2 casos.

La hemorragia obstétrica, fue la patología que hizo intervenir de manera urgente a 5 pacientes como consecuencia de : 3 por placenta acreta, 1 por prolongación de la histerectomía y 1 por inercia uterina.

De los 3 casos en los que se realizó Laparotomía Exploradora, en 2 se procedió a la histerectomía y en 1 a la miomectomía.

En el presente estudio, hubo 5 casos de mortalidad materna, ocurridas por paro cardio-respiratorio consecutivo a shock hipovolémico por inercia uterina, placenta acreta y hemoperitoneo intraoperatorio.

HIPOTESIS

1.- A pesar de las numerosas investigaciones, poco se sabe con seguridad de la génesis causal del mioma, se afirma que un estímulo estrogénico anormalmente alto desempeña un papel importante en la génesis del mioma.

2.- En cuanto a la génesis formal, se acepta como teoría histogenética más probable la capacidad de diferenciación multipotencial que posee el mesénquima submesotelial. La diferenciación a músculo liso puede hacerla directamente o a través de una diferenciación decidual previa, esto inducirá a la proliferación de miofibroblastos, los que dan lugar a fibroblastos, células musculares o ambos. Aquellos casos en los que proliferan células musculares, constituyen la leiomiomatosis.

3.- El mayor porcentaje de los casos de mioma se diagnostican en personas con más de 35 años de edad.

4.- En las adolescentes y mujeres premenopáusicas disminuye la incidencia de leiomiomas.

5.- La leiomiomatosis uterina constituye la indicación más frecuente de hysterectomía.

6.- Los miomas istmico-cervicales son los de menor incidencia, en cuanto a localización anatómo-patológica, y los que producen mayor riesgo de complicaciones durante la intervención quirúrgica.

7.- Se ha realizado la cesárea seguida de hysterectomía, como medio de esterilización definitiva, en pacientes bien seleccionadas. En nuestro estudio no se la ha realizado en ningún caso como medio de esterilización.

8.- La etiología de una de las modificaciones secundarias de los miomas uterinos, como lo es la degeneración quística, suele asociarse a cambios hísticos.

MATERIAL Y METODO

Está constituido por un total de 1.016 historias clínicas correspondiente a un grupo de pacientes a las que se les diagnosticó miomatosis uterina.

Las historias fueron obtenidas del Departamento de Estadística del Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor". Al tratarse de una revisión estadística, el estudio se realizó con carácter retrospectivo, en el período comprendido entre Abril de 1985 a Abril de 1991.

Se computaron diariamente las historias clínicas de estas pacientes, tomando en cuenta: *Edad de las pacientes ingresadas en aquel período, agrupándolas en decenios, desde los 16 a los 68 años. Los antecedentes de: gestación, paridad, abortos y cesárea. Se valoró los síntomas y signos a la Admisión.*

Se consideró el diagnóstico clínico al ingreso, así como los medios complementarios de diagnóstico; ecosonografía y laparoscopia.

Se analizó las características del tumor, localización anátomo-patológica en el intraoperatorio y por ecosonografía, tipo y modificaciones secundarias. Se valoró el diagnóstico anatomopatológico.

Se tomó en cuenta las complicaciones pre-operatorias, los hallazgos y complicaciones en el transoperatorio y las complicaciones post-operatorias.

El tratamiento quirúrgico se lo valoró del siguiente modo:

Histerectomía total abdominal

- + anexectomía uni o bilateral.
- + salpingooforectomía.
- + extirpación de quiste
- + colpoperinorrafia.
- + apendicectomía.

Histerectomía vaginal.

Panhisterectomía.

Miomectomía.

Cesárea + Histerectomía.

Cesárea + Miomectomía.

Laparotomía Exploradora.

Legrado uterino instrumental.

En las Cesáreas - Histerectomía se consideró:

Programadas:

Mioma uterino + Embarazo

Mioma uterino + Ca. escamocelular infiltrante de cervix.

Urgentes:

Placenta acreta.

Prolongación de la histerectomía.

Inercia uterina

Se analizó la mortalidad materna.

RESULTADOS

Estudiamos un total de 1.016 pacientes que ingresaron con diagnóstico de miomatosis, cuyas edades fluctuaron entre 16 a 68 años.

El diagrama #1 demuestra que los grupos quedaron de la siguiente manera:

Menos de 16 años: 0.09%

21 a 30 años: 6.29%

31 a 40 años: 33.36%

41 a 50 años: 51.67%

51 a 60 años: 7.57%

Más de 60 años: 0.98%

De acuerdo a los antecedentes de gestación, diagrama 2, 36 pacientes (3.54%) tuvieron un embarazo previo, 44 (4.33%) dos embarazos, 55 (5.41%) tres embarazos, 60 (5.90%) cuatro gestaciones, 62 (6.10%) cinco embarazos, 59 (5.80%) seis embarazos previos, 36 (3.54%) siete gestaciones anteriores, 38 (3.74%) ocho embarazos, 13 (1.27%) nueve gestaciones, 23 (2.26%) diez embarazos y 28 (2.75%) tuvieron más de 10 gestaciones previas.

En los antecedentes de paridad, diagrama #3, se demuestra que 38 (3.74%) pacientes tuvieron un parto anterior, 61 (6.00%) dos partos anteriores, 70 (6.88%) tres partos, 63 (6.20%) cuatro partos

previos, 51 (5.01%) cinco partos, 41 (4.03%) seis partos, 16 (1.57%) siete partos, 17 (1.67%) 11 (1.08%) nueve partos anteriores, 9 (0.88%) diez partos previos y 10 (0.98%) pacientes tuvieron más de diez partos anteriores.

En los antecedentes de cesárea, diagrama 4, 36 pacientes que representa el (3.54%) tuvieron una cesárea previa, 13 (1.27%) dos cesáreas, 63 (6.20%) tres cesáreas, 2 (1.73%) cuatro cesáreas anteriores y 1 paciente (0.09%) tuvo una cesárea previa.

En lo que respecta a los antecedentes de abortos, diagrama # 5 116 pacientes (11.41%) tuvieron un aborto anterior, 57 (5.60%) dos abortos anteriores, 21 (2.06%) tres abortos previos, 17 (1.67%) cuatro abortos anteriores, 4 (0.39%) cinco abortos, 3 (0.29%) seis abortos y 4 (0.03%) más de seis abortos anteriores.

Los síntomas y signos a la Admisión se detalla en el diagrama #6, 238 casos (23.42%) presentaron sangrado genital anormal, 92 (9.05%) sangrado genital y dolor, 115 (11.34%) tumoración, 79 (7.77%) dolor y 10pacientes (0.98%) disuria.

El diagnóstico de ingreso se lo demuestra en el diagrama #7, 891 casos ingresaron con miomatosis (87.6%), 44 (4.33%) M. Uterino + Prolapso genital, 43 (4.23%) M. Uterino + Quiste de ovario, y 38 (3.74%) M. Uterino + Embarazo.

El diagrama #8, demuestra que de las 1.016 pacientes ingresadas, a 266, se lesrealizó Ecosonografía, la misma que diagnosticó en 191 (71.80%) Miomatosis, 43 (16.16%) M. Uterino + Quiste de ovario, 6 (22.25%) M. Uterino + Anexitis, 25 (9.39%) M. Uterino + Embarazo, resultando ser en un caso de embarazo molar.

Laparoscopia se llevó a cabo en 16 casos, detallados en el diagrama # 9 como: 5 (31.25%) Miomatosis, y Quiste de ovario, 3 casos (18.75%) fibroleiomioma, 2 (12.5%) cervicitis crónica y 1 (6.25%) síndrome adherencial.

La localización anátomo-patológica se demuestra en el diagrama 10 de la siguiente manera: 962 (94.68%) submucosos, 24 (2.36%) intramural, 19 (1.87%) subseroso, 12 (1.18%) cervical y 3 (0.29%) intraligamentoso.

El diagrama # 11, muestra el tipo de mioma: 976 (96.06%) unidnodular, 37 (múltiple (3.64%) y 8 (0.78%) pediculados.

Las modificaciones secundarias indicadas en el diagrama 12, fueron: 11 (1.08%) degeneración quística, 2 (0.19%) necrosis, 1 caso (0.09%) reblandecimiento.

El diagnóstico anátomo-patológico se detalla en el diagrama # 13: 63 (42%) fibroleiomiomas, 27 (18%) cervicitis crónica, 21 (14%) endometrio proliferativo, 17 (11.33%) adenomiosis, 7 (4.66%) hiperplasia glandular quística, 5 (3.33%) pólipo endocervical y pólipo endometrial, y Ca. escamocelular de cervix 2 (1.33%).

Las complicaciones pre-operatorias, diagrama # 14, fueron: 10 pacientes presentaron anemia (27.77%), 7 (19.44%) IVU, 5 (13.88%) cistocele, 4 (11.11%) apendicitis y anexitis, y 1 caso (2.77%) de peritonitis, litiasis biliar y EPI.

Las complicaciones y hallazgos intra-operatorias se detallan en el diagrama # 15: 12 (1.18%) endometriosis, 5 (0.49%) hemorragia 3

(0.29%) hidrosalpinx, 2 (0.19%) lesión vesical y 1 caso (0.09%) lesión ureteral e inercia uterina.

Las complicaciones post-operatorias se detallan en el diagrama # 16: 5 (0.49%) hematoma de pared, 4 (0.39%) hemoperitoneo y 3 casos (0.29%) abscesos de pared.

De las 1.016 pacientes ingresadas, a 3 de ellas se les realizó legrado uterino (0.29%), a las 1.013 restantes se les realizó el tratamiento quirúrgico que se detalla en el diagrama # 17: 538 (53.10%) histerectomía total abdominal. Dentro de este grupo a 106 (10.46%) se les practicó anexectomía uni o bilateral, 22 (2.17%) salpingooforectomía bilateral, 13 (1.28%) extirpación de quiste, 11 (1.08%) colopiperinorrafia, 4 (0.39%) apendicectomía.

A 232 (22.90%) panhisterectomía, 33 (3.25%) miomectomía, 25 (2.46%) histerectomía vaginal, 17 (1.67%) cesárea + miomectomía, 9 (0.88%) cesárea + histerectomía y 3 (0.29%) laparotomía exploradora.

De las 9 cesáreas-histerectomías realizadas, 4 (44%) fueron previamente programadas, y 5 (55%) urgentes, diagrama # 18.

En el diagrama # 19, se detallan las indicaciones para la realización de las cesáreas-histerectomías programadas y urgentes: dentro de las primeras, 2 casos (22%) por M. Uterino + Embarazo y 2 por Mioma Uterino + Ca. escamocelular infiltr. cervix. Los casos urgentes fueron: 3 (33%) por placenta acreta, 1 (11%) por prolongación de la histerectomía y por inercia uterina.

La mortalidad materna, diagrama # 20, se produjo por: 3 (0.29%) placenta creta, y 1 (0.09%) hemoperitoneo e inercia uterina.

CONCLUSIONES

Después de realizar el análisis de los resultados en el presente trabajo, sacamos como conclusiones lo siguiente:

1.- El porcentaje más alto de miomatosis, correspondió a pacientes que oscilaban entre los 41 y 50 años de edad.

2.- La incidencia de esta patología fue mayor en las pacientes que tuvieron como promedio 5 gestaciones, decreciendo el porcentaje cuando presentaron más de 5 gestaciones.

3.- Existe una mayor incidencia en pacientes con menor antecedentes de paridad, siendo menor el porcentaje cuanto mayor es el número de partos producidos.

4.- Hubo un porcentaje de 11.41% en aquellas pacientes que tuvieron antecedentes de un aborto anterior, disminuyendo el porcentaje cuando presentaron más de un aborto previo.

5.- El mayor porcentaje de esta patología, se presentó en pacientes que tuvieron 3 cesáreas anteriores.

6.- El sangrado genital anormal, fue el síntoma más frecuente presentado a la Admisión.

7.- El diagnóstico más frecuente al ingreso, fue Miomatosis.

8.- Las medidas diagnósticas complementarias más usadas fueron: ecosonografía y laparoscopia.

9.- La localización anatomopatológica más frecuente fue el mioma submucoso, siguiendo en frecuencia el intramural y subseroso, siendo el menos frecuente el mioma intraligamentoso.

10.- El mioma uninodular fue el que con mayor incidencia se encontró en el intraoperatorio, siendo el menos frecuente el tipo múltiple.

11.- Entre las modificaciones secundarias, la degeneración quística se presentó con mayor frecuencia.

12.- El porcentaje mayor dado por Diagnóstico Anatomopatológico correspondió al Fibroleiomioma.

13.- La complicación pre-operatoria más frecuente fue la anemia, seguida por IVU, cistocele y apendicitis.

14.- Entre los hallazgos y complicaciones intraoperatorias más frecuentes fue: endometriosis y la hemorragia.

15.- El mayor porcentaje entre las complicaciones post-operatorias correspondió al hematoma de pared.

16.- El tratamiento quirúrgico que se realizó con más frecuencia fue la Histerectomía total abdominal.

RESUMEN

Se estudiaron 1.016 pacientes desde abril de 1985 a abril de 1991, agrupándolas de acuerdo a la edad, antecedentes de gestación, paridad, abortos y de cesáreas, síntomas y signos a la Admisión, diagnóstico clínico, medios diagnósticos complementarios: ecografía y laparoscopia, características del tumor: localización, tipo y modificaciones secundarias, diagnóstico anátomo-patológico, complicaciones pre-operatorias, tratamiento quirúrgico y mortalidad.

EDAD: El 51.67% de ingresos con diagnóstico de miomatosis, se presentó en pacientes comprendidas entre los 41 a 50 años.

ANTECEDENTES DE GESTACION.- La miomatosis se presentó en el 3.54% en primigestas, 4.33% en secundigestas, 5.41 en tercigestas y 6.10 en multigestas.

ANTECEDENTES DE PARIDAD.- 3.74% tuvieron 1 parto previo, 6%, dospartos anteriores, 6.88%, tres partos anteriores, menos del 1% se presentó en grandes múltiparas.

ANTECEDENTES DE ABORTOS.- 11.41% tuvo un aborto previo, 5.60% dos abortos previos, menos del 1% tuvieron más de cinco abortos anteriores.

ANTECEDENTES DE CESAREA.- 3.54 tuvo una cesárea anterior, 1.27%, dos cesáreas previas, 6.20%, tres cesáreas previas, menos del 1% tuvo más de cuatro cesáreas anteriores.

SINTOMAS Y SIGNOS.- 23.42% presento sangrado genital anormal, 9.05% ingresó con sangrado transvaginal y dolor, 7.77% únicamente dolor, 11.34% presentó tumoración y el 0.98% disuria.

DIAGNOSTICO A LA ADMISION.- 87.6% miomatosis, Mioma + prolapso genital, 4.33% mioma + quiste de ovario 4.23%, mioma + embarazo 3.74%

MEDIOS DIAGNOSTICOS COMPLEMENTARIOS.- Al 26.18% del total de las pacientes ingresadas se les practicó ecografía y al 1.57% laparoscopia.

LOCALIZACION ANATOMOPATOLOGICA.- 94.68% de los miomas fueron submucoso, 2.36% fue intramural, 1.87% fue subse-

roso, 1.84% cervicales y el 0.29% intraligamentoso.

TIPO.- El 3.64% de los miomas fue múltiple.

MODIFICACIONES SECUNDARIAS.- 1.08% presentó degeneración quística, 0.19% necrosis y el 0.09% reblandecimiento.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO.- 42% fibroleiomioma, 18% cervicitis crónica, 14% endometrio proliferativo, 11.33% adenomiosis, 4.66% hiperplasia glandular quística, pólipo endometrial y endocervical 3.33% y Ca, escamocelular infiltrativo cervix 1.33%

COMPLICACIONES PREOPERATORIAS.- 27.77% anemia, 19.44% IVU, 13.88% cistocele, 11.11% apendicitis, 2.77% peritonitis, litiasis biliar y EPI.

COMPLICACIONES Y HALLAZGOS INTRAOPERATORIAS.- 1.18% endometriosis, 0.29% hidrosalpinx, 0.49% hemorragia, 0.19% lesión vesical y 0.09% lesión ureteral e inercia uterina.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.- 0.49% hematoma de pared, 0.39% hemoperitoneo y 0.29% absceso de pared.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.- 53.10% histerectomía total abdominal, 2.46% histerectomía vaginal, 22.90% panhisterectomía, 3.25% miomectomía, 0.88% cesárea + histerectomía, 1.67% cesárea + miomectomía, 0.29% laparotomía exploradora y legrado.

MORTALIDAD.- La mortalidad materna representó el 0.49% del total de pacientes ingresadas.

RECOMENDACIONES

1.- La valoración ecográfica de la corona trofoblástica en el diagnóstico de gestación incipiente, es de suma importancia. para poder diferenciarla de la degeneración quística del mioma, que suele estar integrado al útero, simulando un embarazo.

2.- La cesárea-histerectomía deberá ser seleccionada en casos seleccionados, y siempre que así lo amerite la intervención, previniendo así los riesgos que dicha intervención implica.

3.- Se deberá estudiar cada caso en particular, y siendo una intervención urgente, la efectuará personal adiestrado, previniendo las complicaciones transoperatorias más frecuentes y disminuyendo en mayor grado la morbi-mortalidad.

4.- Se deberá reconocer y reparar inmediatamente las lesiones urológicas, recomendándose la instalación intravesical sistemática de un colorante vital, con el objeto de comprobar la integridad de la vejiga.

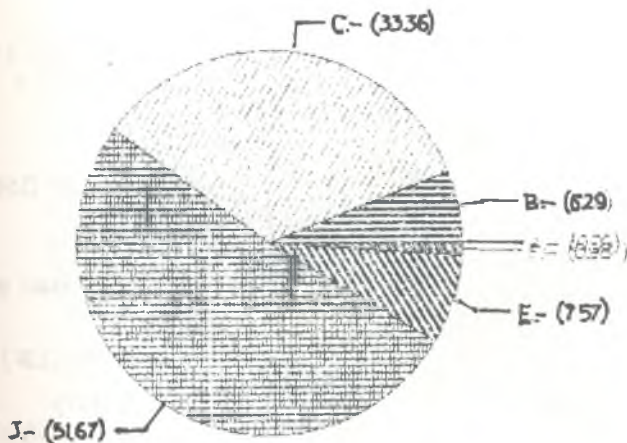
5.- La descripción de los casos anteriormente mencionados, en donde ocurrió mortalidad materna, debe alertar frente a esta entidad y hace recomendable un seguimiento prolijo de las partes con mioma.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- MARTIN, A.- 1990 - Leiomiomatosis uterina. Ginecología Obstetricia México. Vol. 58: pp.138 141.
- 2.- DA SILVA, A.- 1989- Mioma Gigante do Utero. Arq. Bras Medicina. Vol. 63 n.5 pp. 394 - 396.
- 3.- Rice, J. .- 1989 - The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. American J. Obstetric - Gynecology. Vol. 160 n.5
- 4.- Gonzalez, G. 1986 - Miomatosis Itsmico-Cervical, como problema quirúrgico. Ginecología - Obstetrica. México. Vol. 54
- 5.- Smith, D.- 1990 - Miomectomy as a reproductive reproducere. American J. Obstetric - Gynecology vol. 162 n. 6
- 6.- Delgado UJ y col.- 1982 - Histerectomía abdominal .Estudio de 300 casos. Ginec-Obstet. México.
- 7.- Ham AW, Cormack .- 1984 - Tratado de Histología Nva. Edic. Interamericana México, DF.
- 8.- Novak ER y col.: 1978 - Compendio de Ginecología Ed. Interamericana 2a. Ed México, DF.
- 9.- Gonzalez, GJ.- 1981 - Miomatosis del Cuello Uterino. Temas Médicos U.J.A.T.; 3(5): 16
- 10.- Schneider GT: .-1970- Histerectomía por Padecimientos Benignos. Actualidades en G.O. Libro Conmemorativo del XXV Aniversario del A.M.G.O. México. DF.

INCIDENCIA DE MIOMATOSIS

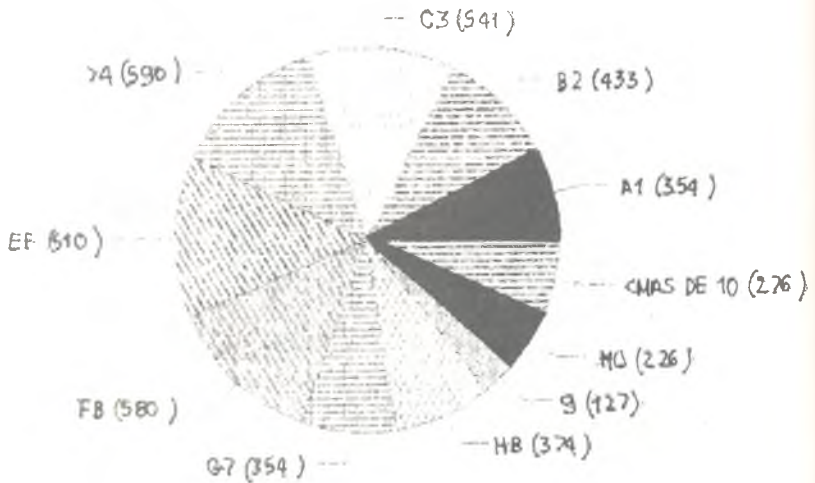
DIAGRAMA 1



INCIDENCIA DE MIOMATOSIS	CASOS	%
A.- EDADES MENOS DE 16	1	0.09
B.- DE 21 - 30	64	6.29
C.- DE 31 - 40	339	33.36
D.- DE 41 - 50	529	51.67
E.- DE 51 - 60	77	7.57
F.- MAS DE 60	10	0.98

ANTECEDENTE GESTACION

DIAGRAMA 2

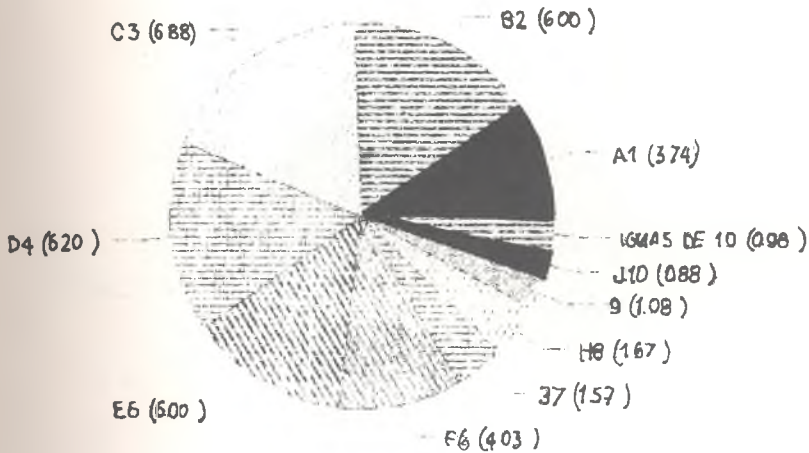


ANTECEDENTE GESTACION

	CASOS	%
A:1	36	3.84
B:2	44	4.33
C:3	55	5.41
D:4	60	5.90
E:5	62	6.10
F:6	59	5.80
G:7	36	3.54
H:8	38	3.74
I:9	13	1.27
J:10	23	2.26
K:MAS DE 10	28	2.75

ANTECEDENTE PARIDAD

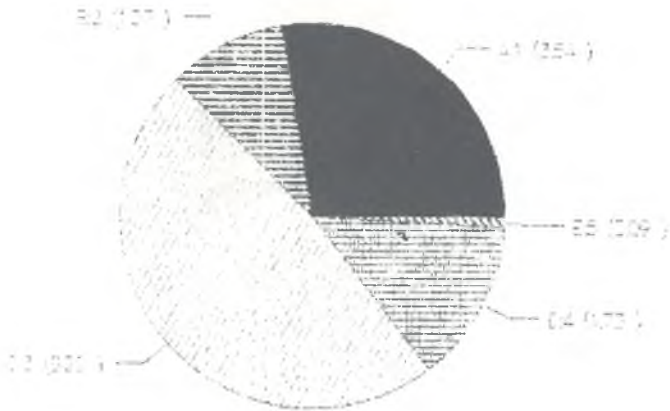
DIAGRAMA 3



ANTECEDENTE PARIDAD	CABOS	%
A:1	38	3.74
B:2	61	6.00
C:3	70	6.88
D:4	63	6.20
E:5	51	5.01
F:6	41	4.03
G:7	16	1.57
H:8	17	1.67
I:9	11	1.08
J:10	19	0.88
K:MAS DE 10	10	0.98

ANTECEDENTE CESAREA

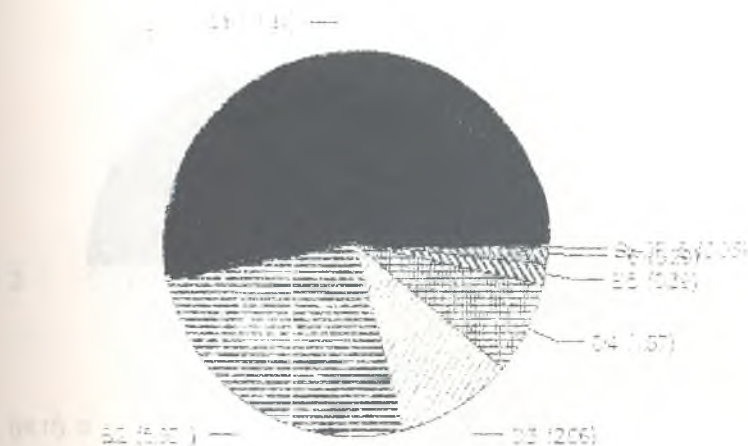
DIAGRAMA 4



ANTECEDENTE CESAREA	CASOS	%
A:1	34	3.54
B:2	13	1.27
C:3	63	6.20
D:4	2	1.73
E:5	1	0.09

ANTECEDENTE ABORTO

DIAGRAMA 5



ANTECEDENTE ABORTO

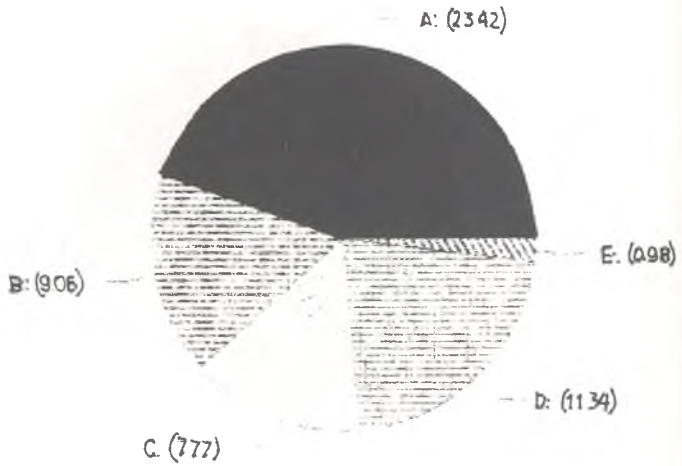
CASOS

%

A:1	116	11.41
B:2	57	5.60
C:3	21	2.06
D:4	17	1.67
E:5	4	0.39
F:6	3	0.29
G:+DE 6	4	0.03

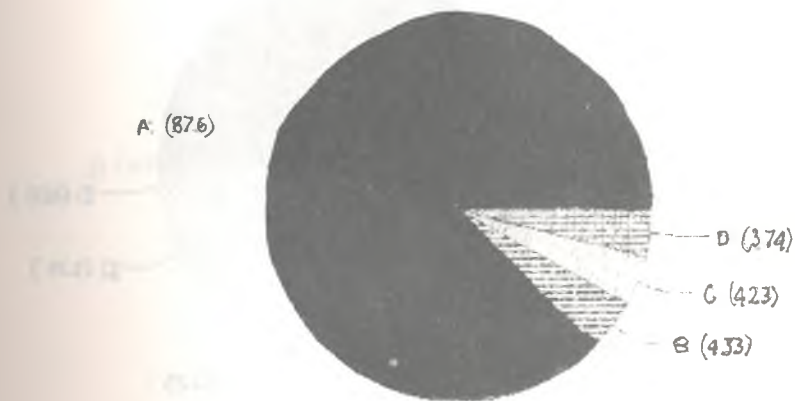
SINTOMAS Y SIGNOS ADMISION

DIAGRAMA 6



SINTOMAS Y SIGNOS ADMISION	CASOS	X
A: SANGRADO GENITAL ANORMAL	2342	23.42
B: SANGRADO GENITAL Y DOLOR	92	9.05
C: DOLOR	79	7.77
D: TUMOR	115	11.34
E: DISURIA	10	0.98

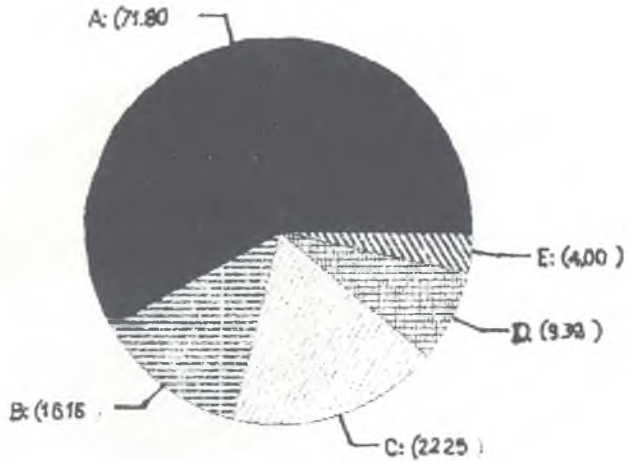
DIAGNOSTICO DE INGRESO DIAGRAMA 7



DIAGNOSTICO ADMISION	CASO	%
A: MIOMATOSIS	891	87.6
B: M. UTERINO+PROLAPSO GENITAL	44	4.33
C: M. UTERINO+QUISTE DE OVARIO	43	4.23
D: M. UTERINO + EMBARAZO	38	3.74

ECOGRAFIA

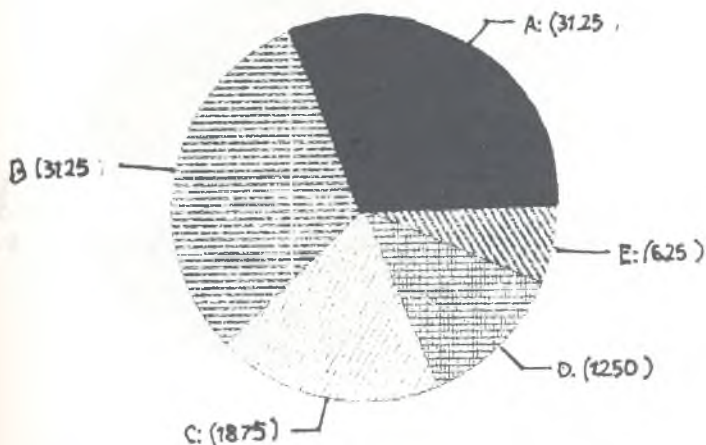
DIAGRAMA 8



ECOGRAFIA MIOMA Y PATOLOGIA ANEXA	CASOS =====	% =====
A: MIOMATOSIS	191	71.80
B: M.UTERINO +QUISTE DE OVARIO	43	16.16
C: M.UTERINO + ANEXITIS	6	22.25
D: M. UTERINO + EMBARAZO	25	9.39
E: M.UTERINO - EMBARAZO MOLAR	1	4.00

LAPAROSCOPIA

DIAGRAMA 9



LAPAROSCOPIA	CASOS	%
A: MIOMATOSIS	5	31.25
B: QUISTE DE OVARIO	5	31.25
C: FIBROLEIOMIOMA	3	18.75
D: CERVICITIS CRONICA	2	12.50
E: SINDROME ADHERENCIAL	1	6.25

CASOS	%
5	31.25
5	31.25
3	18.75
2	12.50
1	6.25

LOCAL. ANATOMO-PATOLOGICA

DIAGRAMA 10



LOCALIZACION ANATOMO-PATOLOGICA	CASOS	%
A: SUBMUCOSO	962	94.68
B: INTRAMURAL	24	2.36
C: SUBSEROSO	19	1.87
D: CERVICAL	12	1.18
E: INTRALIGAMENTOSO	3	0.29

TIPO DIAGRAMA 11



TIPO

A: UNINODULAR
B: MULTIPLE
C: PEDICULADO

CASOS	%
976	96.06
37	3.64
6	0.78

MODIFICACIONES SECUNDARIAS

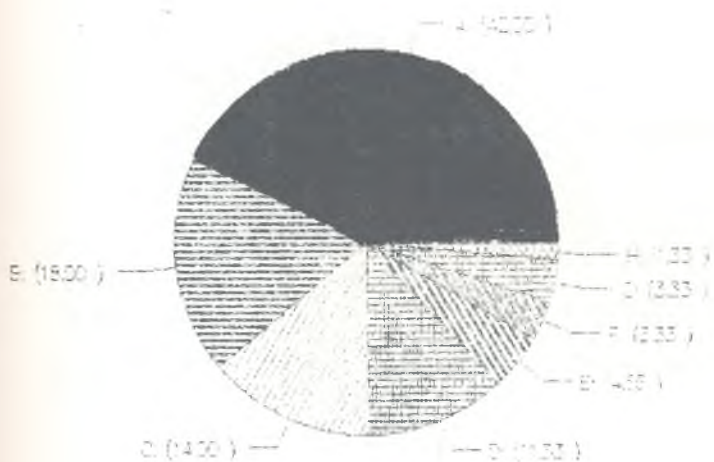
DIAGRAMA 12



MODIFICACIONES SECUNDARIAS	CASOS	%
A: DEGENERACION QUISTICA	11	1.08
B: NECROSIS	2	0.19
C: REBLANDECIMIENTO	1	0.09

DIG. ANATOMO-PATOLOGICO

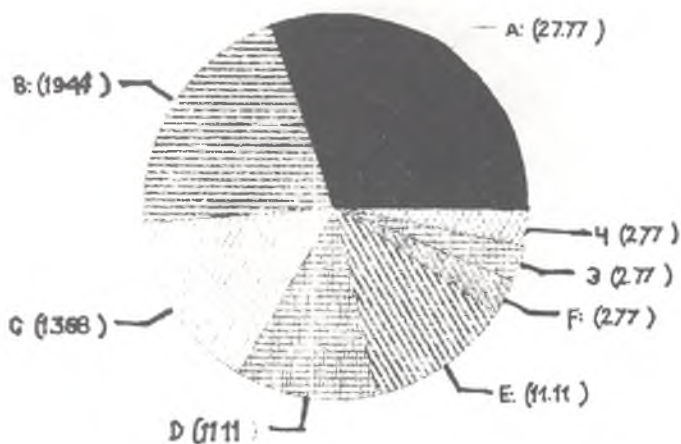
DIAGRAMA 13



DIAGNOSTICOS ANATOMO-PATOLOGICO	CASOS	%
A: FIBROLEIOMIOMA	53	42.00
B: CERVICITIS CRONICA	27	18.00
C: ENDOMETRIO PROLIFERATIVO	21	14.00
D: ADENOMIOSIS	17	11.33
E: HIPERPLASIA GLANDULAR QUISTICA	7	4.66
F: POLIPO ENDOCERVICAL	5	3.33
G: POLIPO ENDOMETRIAL	5	3.33
H: Ca. ESCAMOCELULAR INFILTRANTE CERVIX	1	1.33

COMPLICACIONES PRE-OPERATORIA

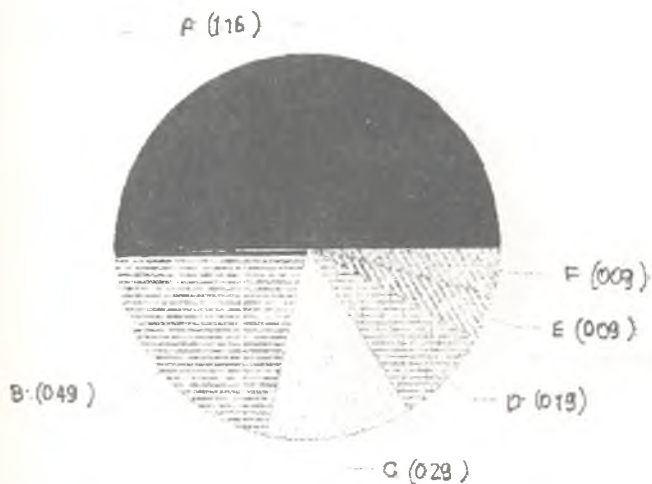
DIAGRAMA 14



COMPLICACIONES PRE-OPERATORIAS	CASOS	%
A: ANEMIA	10	27.77
B: IVU	7	19.44
C: CISTOCELE	5	13.88
D: APENDICITIS	4	11.11
E: ANEXITIS	4	11.11
F: PERITONITIS	1	2.77
G: LITIASIS BILIAR	1	2.77
H: EPI	1	2.77

COMPLIC Y HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS

DIAGRAMA 15

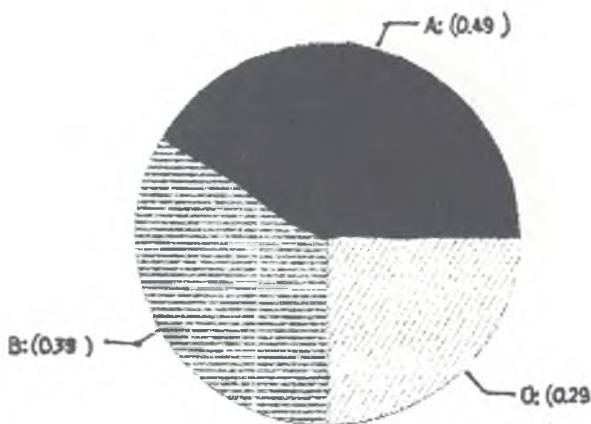


COMPLICACIONES Y HALLAZGOS
INTRAOPERATORIO

	CASOS	%
A: ENDOMETRIOSIS	116	1.18
B: HEMORRAGIA	49	0.49
C: HIDROSALPINX	3	0.29
D: LESION VESICAL	2	0.19
E: LESION URETERAL	1	0.09
F: INCERDIA UTERIN	1	0.09

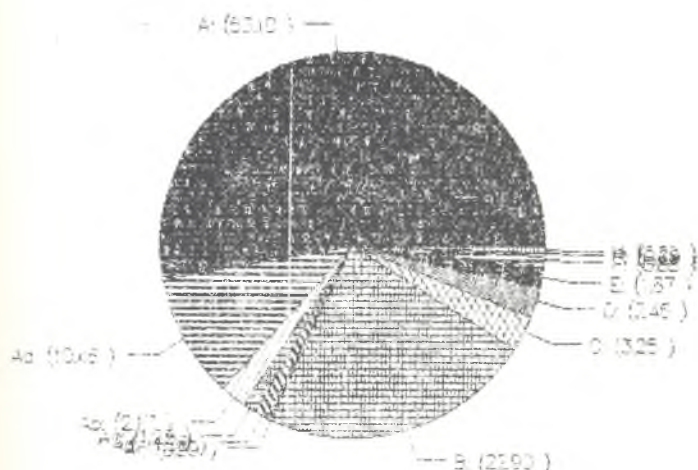
COMPLIC. POST-OPERATORIAS

DIAGRAMA 16



COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS	CASOS	%
A: HEMATOMA DE PARED	5	0.49
B: HEMOPERITONEO	4	0.39
C: ABSCESO DE PARED	3	0.29

CULMINACION Diagrama 17



CULMINACION	CASOS	%
A: HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	538	53.10
Aa: ANEXECTOMIA UNI O BILATERAL	106	10.46
Ab: SALPINGOFORECTOMIA	22	2.17
Ac: EXTIRPACION DE QUISTE	13	1.28
Ad: COLPOPERINIRRAFIA	11	1.08
Af: APENDICECTOMIA	4	0.39
B: PANHISTERECTOMIA	232	22.90
C: MIOMECTOMIA	33	3.25
D: HISTERECTOMIA VAGINAL	25	2.46
E: CESAREA + MIOMECTOMIA	17	1.67
F: CESAREA + HISTERECTOMIA	9	0.88
G: LAPAROTOMIA EXPLORADORA	3	0.29
H: LEGRADO UTERINO	3	0.29

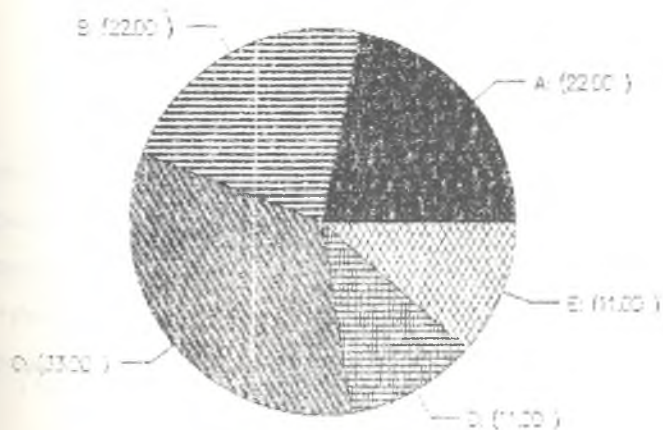
CESAREA-HISTERECTOMIA
Diagrama 18



CESAREA-HISTERECTOMIA		CASOS	%
A:	PROGRAMADAS	4	44.00
B:	URGENTES	5	55.00

CESAREA-HISTERECTOMIA

Diagrama 19



CESAREA HISTERECTOMIA

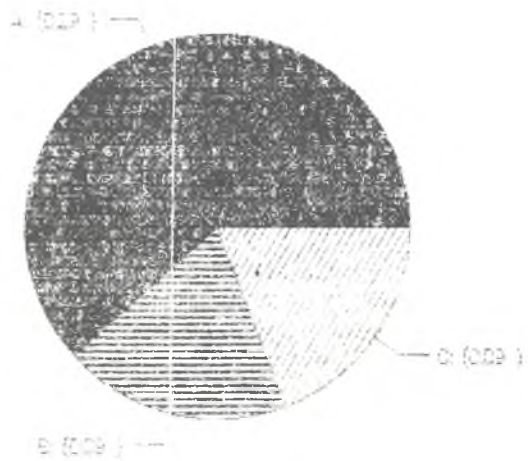
PROGRAMADAS

	CASOS	%
A: M.U. + Ca. ESCAMOCELULAR INFILT. CERVIX	2	22.00
B: M.U. + EMBARAZO	2	22.00
TOTAL	4	

URGENTES

C: PLACENTA ACRETA	3	33.00
D: PROLONGACION HISTERECTOMIA	1	11.00
E: INERCIA UTERINA	1	11.00
TOTAL	5	

MORTALIDAD
Diagrama 23



MORTALIDAD MATERNA	CASOS	%
A: PLACENTA ACRETA	3	0.29
B: HEMOPERITONEO	1	0.09
C: INERCIA UTERINA	1	0.09