

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA



**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCION DEL
TITULO DE MEDICO GENERAL**

**“CONCORDANCIA CLÍNICA, ECOGRÁFICA E
HISTOPATOLÓGICA DE LA MIOMATOSIS UTERINA EN
MUJERES DIAGNOSTICADAS CLÍNICAMENTE EN EL
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2009 A DICIEMBRE
DEL 2010”**

**AUTORES: DIEGO DANILO COLCHA LLONGO
MARIA ELENA BARBA ESPINOZA**

**TUTOR: Dr. FLAVIO VINTIMILLA
Dr. GUSTAVO ROJAS**

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotros, Diego Danilo Colcha Llongo y María Elena Barba Espinoza, Internos Rotativos de Medicina, somos responsables de las ideas, pensamientos y resultados expuestos en el presente trabajo investigativo, cediendo así los Derechos de Autoría a la Universidad Nacional de Chimborazo.

DEDICATORIA

A la Universidad Nacional de Chimborazo por brindarme la oportunidad de desarrollar mis capacidades, competencias y optar por el Título de Médico Comunitario; a mis tutores Dr. Flavio Vintimilla y Dr. Mario Reinoso quienes con su ayuda y orientación hicieron posible la realización de este trabajo y a mis Padres por brindarme su apoyo, amor y comprensión a lo largo de todo el camino recorrido.

María Elena Barba Espinoza

Dedico a Dios mi carrera Universitaria y este trabajo de Investigación, quien me ha brindado Sabiduría, Entendimiento e Inteligencia para cumplir mi gran sueño de ser Médico.

A mis padres que me dieron la vida y una carrera para mi futuro, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome, a ellos con amor este trabajo.

A mis hermanos Laura, Leonor y Patricio por estar siempre a mi lado y darme la fuerza para seguir siempre adelante.

Diego Danilo Colcha Llongo

AGRADECIMIENTO

Forzoso es en este como en todos los actos de la vida cumplir con el sagrado deber de la gratitud.

Sea este modesto trabajo homenaje de adoración y gratitud a Dios quien nos ha dado el maravilloso don de la vida y nos ilumina día a día.

A nuestros padres quienes nos brindaron su apoyo espiritual, moral y económico; y nos inculcaron valores y virtudes que nos sirvieron para salir siempre adelante ante la adversidad y a lo largo de todo este tiempo.

A nuestros docentes Dr. Flavio Vintimilla y Dr. Mario Reinoso un agradecimiento especial, por sus horas dedicadas y su valiosa dirección en el presente trabajo de investigación así también por inculcar el sentido de responsabilidad en cada acto que realizamos.

RESUMEN

Los miomas uterinos la mayoría de los cuales son asintomáticos, son los tumores uterinos benignos más frecuentes. Los miomas uterinos se diagnostican en la exploración física o con técnica de imagen. Pueden ser Subserosos, Intramucosos o Submucosos, según su localización en el útero o en el cuello del útero, en el ligamento ancho o en un pedículo. Se estima que están presentes en un alto porcentaje de mujeres en edad reproductiva y pueden descubrirse en la revisión habitual. Los miomas asintomáticos pueden estar presentes en un 40 a 50% de las mujeres mayores de 35 años. Mediante el cribado ecográfico se estima una incidencia a los 50 años de más del 80% en mujeres de raza negra y cerca del 70% en mujeres de raza blanca. Los miomas pueden aparecer aislados pero con frecuencia son múltiples. Pueden provocar distintos síntomas, desde sangrado anormal hasta presión pélvica, sin embargo se estima que menos de la mitad producirán síntomas. El tratamiento va a depender de los antecedentes de cada paciente y de los síntomas de cada una de ellas. Pero en general se considera que deben de recibir tratamiento siempre y cuando presente, hemorragia menstrual abundante o continua.

Objetivo: Determinar la correlación que existe entre el diagnóstico clínico y ecográfico con el resultado histopatológico en la Miomatosis uterina en el Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Diseño: El diseño de la investigación, es una Investigación de Campo – Correlacionante no Experimental. La presente tesina es una Investigación de tipo Transversal.

Resultado: aquí se observara la correlación existente entre el diagnóstico clínico y ecográfico de la miomatosis uterina con el resultado histopatológico en las mujeres Histerectomizadas por dicha patología en el Hospital Provincial General Docente Riobamba durante el periodo enero del 2009 a diciembre del 2010.

ABSTRACT

The uterine myomas most of which are asymptomatic, are the benign more frequent uterine tumors. The uterine myomas are diagnosed in the physical exploration or with image technique. They can be Subserosos, Intramucosos or Submucosos, according to their localization in the uterus or in the neck of the uterus, in the wide ligament or in a pedículo. He/she is considered that they are present in a high percentage of women in reproductive age and they can be discovered in the habitual revision. The asymptomatic myomas can be present in a 40 to the women's 50% bigger than 35 years. By means of the sieved Echographic is considered an incidence to the 50 years of more than 80% in women of black race and near 70% in women of white race. The myomas can appear isolated but frequently they are multiple. They can provoke different symptoms, from having bled abnormal until pelvic pressure; however he/she is considered that less than the half they will produce symptoms. The treatment will depend on each patient's antecedents and of the symptoms of each one of them. But in general it is considered that they should receive treatment provided it presents, it hemorrhages menstrual abundant or continuous.

Objective: To determine the correlation that exists between the clinical diagnosis and echographic with the result histopathological in uterine Miomatosis in the General Educational Provincial Hospital Riobamba.

Design: The design of the investigation is an Investigation of Field. Correlating not Experimental. The present tensing is an Investigation of Traverse type.

Result: here the existent correlation was observed between the clinical diagnostic and echographic of the uterine miomatosis with the result histopathological in the women Histerectomizadas for this pathology in the Hospital Provincial General Docente Riobamba during the period January of the 2009 to December of 2010.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3 OBJETIVOS.....	5
1.4 JUSTIFICACION.....	5
CAPITULO II	
2. MARCO TEORICO.....	7
2.1 POSICIONAMIENTO TEORICO.....	7
2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
Concepto.....	7
Clasificación.....	8
Epidemiología.....	9
Fisiopatología.....	9
Cuadro Clínico.....	11
Factores de Riesgo.....	11
Diagnostico.....	13
Tratamiento.....	15
Tratamiento Farmacológico.....	

Tratamiento Quirúrgico.....	15
	16
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	17-19
2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	20
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	21
CAPITULO III	
3. MARCO METODOLÓGICO.....	22
3.1 MÉTODOLÓGIA.....	22
TIPO DE INVESTIGACION.....	22
DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	22
TIPO DE ESTUDIO.....	22
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	22
POBLACION.....	22
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	23
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	23
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	23
3.4 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS..	23
3.5 ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	24-33

CAPITULO IV	
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	34-35
BIBLIOGRAFIA.....	36
ANEXOS	38

INTRODUCCIÓN.

Los miomas son tumores benignos del útero que tienen formas, localizaciones y tamaños variables, lo que produce la gran cantidad de síntomas propios de ellos. Aproximadamente el 20% de las mujeres sufren de esta enfermedad antes de la menopausia. Se denominan también leiomioma, fibroma o fibromioma. Menos del 1% de las pacientes con miomas uterinos presentan degeneración sarcomatosa, lo que significa que se convirtieron en tumores malignos. (Schwarcz 2005)

Su incidencia puede aumentar en un 20-30% en la edad reproductiva, hasta un 50% en mujeres mayores de 50 años. Debido a la incidencia de estos tumores se observa una asociación miomatosis uterina y embarazo en un 0,3 - 4% de los embarazos.

La incidencia más baja se observa en las series más antiguas de diagnóstico clínico, y la más alta en las series actuales, por los hallazgos ecográficos. En ocasiones, los miomas son un hallazgo casual en una cesárea. (Schwarcz 2005)

Localización: Los miomas uterinos presentan múltiples localizaciones, las más frecuentes son:

Sub-mucosos: Hacia adentro de la cavidad uterina (endometrio)

Intra-murales: Dentro de la pared muscular del útero

Sub-serosos: Hacia fuera de la pared del útero

Cervicales: Dentro del cuello del útero

Intra-ligamentarios: Dentro de los ligamentos de sostén del útero

Los síntomas más frecuentes son:

Asintomáticas: 25% no presentan ningún síntoma

Sangrado genital anormal: Aumento de la cantidad de sangre menstrual, aumento de los días de menstruación (hiper-menorrea), aumento del número de ciclos (poli-menorrea) y sangrado irregular y abundante (meno-metrorragia).

Dismenorrea: Dolor con los periodos menstruales

Masa abdominal: Por crecimiento exagerado de los miomas

Infertilidad: Incapacidad para procrear

Dispareunia: Dolor con las relaciones sexuales

Obstrucción: Alteración en la evacuación urinaria o intestinal

Para la identificación y el diagnóstico de los miomas es necesario una valoración clínica por parte del Ginecólogo, quien solicitara algún examen que le ayude a identificar la localización exacta de estos: Ecografía, tomografía computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), histeroscopia (endoscopia uterina) o laparoscopia.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considero oportuno realizar este estudio con el objetivo de determinar la concordancia existente entre el diagnóstico clínico, ecográfico e histopatológico que se da en esta casa de salud. (Hutchins 2005)

CAPITULO I.

1. PROBLEMATIZACIÓN.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los miomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes que ocurren en las mujeres y su incidencia puede aumentar entre un 20 a 30% en la edad reproductiva, hasta un 50% en mujeres mayores de 50 años (Lanouette 1996). Debido a la alta incidencia de estos tumores ya que las mujeres están retrasando su edad de concepción, es frecuente encontrar la asociación de una miomatosis uterina y un embarazo. Se estima que esta asociación se da en un 0,3 a 4% de los embarazos. La incidencia más baja se observa en las series más antiguas de diagnóstico clínico y la más alta en las series actuales, por los hallazgos ecográficos (Lumsden 1998). En ocasiones, los miomas son un hallazgo casual en una cesárea (Lavarrello, 1995).

Los miomas fuera del embarazo, pueden ser asintomáticos o manifestarse por metrorragias, dolor pélvico o causar síntomas compresivos sobre los aparatos urinario y digestivo inferior. En el embarazo pueden causar pérdidas recurrentes del mismo. Si el mioma tiene un tamaño mayor a los 4 a 5 cm, es factible realizar su diagnóstico en el primer trimestre por la deformación uterina que producen en el examen genital.

La ecografía realizada en el primer trimestre es útil para ponerlos en evidencia y es la referencia para evaluar las alteraciones que pueden ocurrir con la evolución del embarazo. La ecografía transvaginal puede poner en evidencia, con bastante precisión, la relación topográfica de los miomas en la cavidad uterina y el saco gestacional. (Jonathan 2003)

Existe evidencia de que tienen una base genética y de que su crecimiento está relacionado con predisposición genética, influencia hormonal y varios factores de crecimiento, se ha visto una sobreexpresión de éstos en los miomas, aumentando así la proliferación del músculo liso.

Los miomas uterinos tienen su origen en las hormonas femeninas llamadas estrógenos motivo por el cual pueden crecer durante el embarazo y etapa preclimática y experimentar regresión en la menopausia.

Las tasas de intervención son tan elevadas, que podrían ser consideradas como una epidemia, siendo el mioma, la indicación más frecuente de histerectomía, alcanzando el 30% de todas ellas según datos de National Center for Health Statistics y el 60% de las laparotomías realizadas por dolor pélvico.

Los miomas pueden causar morbilidad y afectar la calidad de vida. La asociación de los miomas con sangrado uterino anormal, principalmente menorragia, no está claramente establecida y es una de las principales causantes de inestabilidad hemodinámica ya que da origen a cuadros graves de anemia que pueden conducir a la paciente a un shock hipovolémico.

Se ha seleccionado para el presente estudio un grupo de pacientes Histerectomizadas por diagnóstico clínico o ecográfico de Miomatosis Uterina.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Existe o no correlación clínica y ecográfica con el resultado histopatológico en mujeres operadas por dicha patología en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba durante el periodo enero del 2009 a diciembre del 2010?

1.3.- OBJETIVOS.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la correlación que existe entre el diagnóstico clínico y ecográfico con el resultado histopatológico en la Miomatosis uterina en el Hospital Provincial General Docente Riobamba.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar el grupo etáreo que presenta mayor prevalencia de esta patología.
2. Establecer la concordancia Histopatológica con el diagnóstico Clínico.
3. Identificar la concordancia Histopatológica con el diagnóstico Ecográfico.
4. Correlacionar la sintomatología presentada con el resultado Histopatológico para llegar al diagnóstico de Miomatosis Uterina.

1.4. JUSTIFICACIÓN.

La miomatosis uterina también se les conoce como Leiomiomatosis, fibromiomatosis o fibromas uterinos. El mioma uterino es la neoplasia benigna ginecológica más frecuente. Presenta una incidencia del 20 al 30% en la población femenina a nivel mundial, en la raza negra un 50% y en la blanca un 25%. La mayoría de los casos son diagnosticados en la mitad de la vida. A pesar de su frecuencia esta enfermedad continua siendo enigmática.

La causa de sangrado varía con la edad, siendo el sangrado anovulatorio más frecuente en las adolescentes y posmenopáusicas. La mayoría de los miomas uterinos son

asintomáticos, aunque el sangrado, los síntomas compresivos o el dolor pueden hacer necesario el tratamiento médico o quirúrgico. A pesar de tratarse de una patología ginecológica clásica y benigna, existe controversia en cuanto a la génesis del tumor y las posibilidades diagnósticas.

Nuestro trabajo busca correlacionar la concordancia clínica y ecográfica con el resultado histopatológica de miomatosis uterina y el principal cuadro clínico de las pacientes con la finalidad de promover acciones de mejoría en estos pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba para instaurar y mejorar su calidad de vida.

CAPITULO II.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO.

La miomatosis uterina también conocida como leiomiomatosis, fibromiomatosis o fibromas uterinos, es la neoplasia benigna ginecológica más frecuente en la mayoría de las mujeres a partir del cuarto decenio de vida, por lo que es importante tener en cuenta no solo por parte del médico Ginecólogo-Obstetra, sino también por parte del Médico General y el resto del personal de salud, las implicaciones que encierra esta patología en toda mujer, debido a que se presenta en cualquier nivel social, raza, religión, cultura por lo cual es necesario estar preparados para tomar decisiones oportunas tanto preventivas en el manejo de la paciente cuanto oportunas en la aplicación adecuada de protocolos en los servicios de salud.

El trabajo investigativo está elaborado basado en la teoría del conocimiento del Pragmatismo, ya que existe una estrecha vinculación entre la teoría y la práctica.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

MIOMATOSIS UTERINA.

El mioma es un tumor pélvico benigno más frecuente que se origina en la fibra muscular lisa. Está constituido por tejido conectivo y un estroma vascular. La cantidad de tejido conectivo que presenta el tumor es variable y contribuye a determinar su consistencia, que es firme cuando el tejido conectivo es abundante. Esto ha determinado que se les denomine fibromas o fibroides. El mioma uterino es el tumor pélvico benigno más frecuente en la mujer. Se asocia con cierto número de problemas que, sin ser graves por sí mismos, considerados aisladamente, constituyen un cuadro clínico que puede ser de importancia, como p.ej.: dolor pélvico, compresión, meno-metrorragias, infertilidad o

esterilidad, complicaciones en embarazo y parto, etc. Este cuadro, por naturaleza benigno, se torna en un problema que adquiere importancia, tanto desde el punto de vista médico como económico y social. Quizás ha llegado el momento de revisar las actitudes pasadas, así como de modificar y clarificar las posibilidades terapéuticas para el momento actual y el futuro inmediato (Jonathan 2003)

CLASIFICACION DE LOS MIOMAS UTERINOS:

Localización

Pueden ser subserosos, Intramucosos o submucosos dentro del útero, o localizados en el cuello uterino, ligamento ancho o un pedículo. (Schwarcz 2005)

a) MIOMA SUBMUCOSO:

Es aquel mioma que distorsiona la cavidad uterina. La Sociedad Europea de Histeroscopia clasifica los leiomiomas submucosos. En tres subtipos:

TIPO 0: Mioma pediculado sin extensión intramural

TIPO I: Sésil con extensión intramural del mioma < 50%

TIPO II: Sésil con extensión intramural del 50% o más. El grado de extensión intramural se puede evaluar por ultrasonido, o por histeroscopia observando el ángulo entre el mioma y el endometrio unido a la pared uterina.

b) MIOMA INTRAMUCOSO:

Mioma que no distorsiona la cavidad uterina y menos de un 50% de él sobresale en la superficie serosa.

c) MOIMA SUBMUCOSO:

Mioma que sobresale más del 50% de la superficie serosa del útero. El mioma subseroso puede ser sésil o pedunculado. (Schwarcz 2005)

EPIDEMIOLOGÍA

Es el tumor más frecuente en la mujer, afectando, en general, al 25% de las mujeres en edad reproductiva (20% en más de 30 años, y el 33% en las mayores de 33 años. (Schwarcz 2005) Entre el 20 y el 50% van a presentar sintomatología relacionada con la localización, tamaño o excesivo sangrado (hiper-polimenorrea, meno-metrorragia). La histerectomía es la intervención más probable para cualquier mujer del mundo desarrollado. Las tasas de intervención son tan elevadas, que podrían ser consideradas como una epidemia, siendo el mioma, con mucha diferencia, la indicación más frecuente de histerectomía, alcanzando el 30% de todas ellas según datos de National Center for Health Statistics y el 60% de las laparotomías realizadas por dolor pélvico. (Jonathan 2003).

FISIOPATOLOGIA

Los miomas uterinos son tumores monoclonales en cuya fisiopatología están involucradas mutaciones somáticas de células miometriales y la interacción de esteroides sexuales con factores de crecimiento. Estos tumores tienen una gran diversidad en su comportamiento: pueden ser únicos o múltiples, tienen alta dispersión en su potencial de crecimiento y variaciones en sus características celulares. Esta diversidad puede ser reflejo de diferentes anomalías cetogénicas en la mutación somática de la célula miometrial de la que se origina el mioma, las que también podrían determinar diferentes reacciones al efecto de las hormonas reproductivas sobre los miomas. Las células miometriales tienen receptores de estrógenos y de progesterona. Estos últimos son inducidos por estímulo estrogénico; el estímulo progestativo, en cambio los inhibe. La expresión de receptores de estrógenos en el miometrio y el endometrio es máxima en la fase folicular tardía y que los receptores de progesterona tienen fuerte expresión en las células miometriales durante todo el ciclo menstrual. En el endometrio la expresión de receptores de progesterona alcanza el máximo en la fase folicular tardía y lútea precoz, declinando hasta llegar a niveles indetectables en la mitad de la fase secretora. La

interrelación entre estrógenos y progesterona determina, parte importante de los eventos involucrados en la regulación del tejido miometrial. Los miomas uterinos responden al estímulo hormonal, hecho avalado por la observación clínica de su desarrollo durante la edad reproductiva y su involución en la postmenopausia y en estados hipogonádicos y su posibilidad de crecer durante el embarazo. Los miomas muestran aumento de receptores de estradiol y de progesterona. Sin embargo el pico de actividad mitótica en el miometrio y en los leiomiomas ocurre durante la fase lútea y esta actividad aumenta con la administración de altas dosis de progestinas; por otra parte el uso de antagonistas de la progesterona se asocia a una reducción del tamaño de los miomas.

Así, casi el 50% de los miomas son anormales desde el punto de vista citogenético, siendo las anomalías más frecuentes las translocaciones entre los brazos largos de los cromosomas 12 y 14 y las deleciones del brazo largo del cromosoma 7. Sobre esta base actuarían las hormonas sexuales favoreciendo la proliferación celular a través de factores de crecimiento, principalmente el factor de crecimiento epidérmico (EGF) y el IGF-1. Sobre el EGF actuarían tanto los estrógenos como la progesterona, así los estrógenos actuarían incrementando la presencia de receptores de EGF y la progesterona incrementando la síntesis del propio EGF. Actuando ambos en conjunto incrementarían el potencial proliferativo de las células del mioma. Existe un incremento de la síntesis de IGF-1 en las células de los miomas en presencia de elevadas concentraciones de hormonas sexuales, factor que contribuye al crecimiento selectivo de éstos frente al resto del miometrio. Además de actuar sobre los factores de crecimiento, la progesterona tendría otro mecanismo de actuación favorecedor del crecimiento de los miomas, a través de la inhibición de los mecanismos de apoptosis. Así se ha comprobado que la progesterona induce la síntesis de Bcl-2 en las células del mioma. Bcl-2 es una proteína que actúa como agente inhibidor de la apoptosis. El tamaño del mioma parece relacionado con el tipo de anomalía cromosómica, así como la localización. Así los miomas submucosos parecen tener menos anomalías citogenéticas (12%) que los intramurales (35%) o los subserosos (29%). Los diferentes miomas existentes dentro de

un mismo útero no están relacionados y cada uno crece de manera independiente. (Hutchins Fl 2005)

MANIFESTACIONES CLINICAS

El 50 a 80% se presenta de forma asintomática

Dolor pélvico: Es aquel que se localiza a nivel de abdomen inferior, la pelvis o estructuras intrapelvianas de intensidad y características variables, debido a una amplia variedad de procesos orgánicos. Se puede dividir en agudo y crónico

Hipermenorrea: aumento anormal de la duración y de la cantidad de la menstruación. El sangrado menstrual es mayor a 80 mil. Es el síntoma más frecuente se debe a la interferencia que provoca los miomas con la contracción de las arterias espirales del endometrio o compromiso directo de la cavidad uterina en el caso de mioma submucoso.

Dismenorrea: Dolor con los periodos menstruales

Masa abdominal: Por crecimiento exagerado de los miomas

Infertilidad: Incapacidad para procrear

Dispareunia: Dolor con las relaciones sexuales

Obstrucción: Alteración en la evacuación urinaria o intestinal

FACTORES DE RIESGO

Edad: Existe mayor probabilidad de diagnóstico de miomas en la cuarta década de vida, aunque no queda claro si se debe a un incremento en la formación de los miomas o al mayor crecimiento de los miomas debido a cambios hormonales.

Factores endógenos hormonales: La menarca precoz (< 10años) aumenta el riesgo de miomas uterinos (riesgo relativo) y la menarca tardía (> 16 años) lo disminuye.

Antecedentes familiares: **Raza:** Los familiares de primer grado de las mujeres con miomas muestran incremento de 2.5 veces en el riesgo de presentarlos. Las mujeres afroamericanas tienen 2.9 veces mayor riesgo de presentar miomas; éstos son más numerosos, más grandes y sintomáticos y aparecen en edad más temprana que en las pacientes caucásicas. Se desconoce si estas diferencias son genéticas o se deben a diferencias en los niveles de estrógenos circulantes, el metabolismo de los estrógenos, la dieta o los factores ambientales.

Peso: Un estudio prospectivo halló que el riesgo de miomas aumentó un 21% con cada 10 kg de incremento en el peso. La obesidad aumenta la conversión de andrógenos suprarrenales a estrona y disminuye la globulina ligadora de hormonas sexuales, con el consiguiente incremento en los estrógenos biológicamente disponibles y el aumento en la prevalencia y el crecimiento de los miomas.

Dieta y Ejercicio: Pocos estudios evaluaron la asociación entre la dieta y la presencia o el crecimiento de los miomas. En un ensayo se encontró que las carnes rojas y el jamón aumentaron su incidencia, pero los vegetales verdes la disminuyeron, aunque estos hallazgos son difíciles de interpretar. Las atletas mostraron una prevalencia un 40% más baja de miomas en comparación con las mujeres no atletas. Se desconoce si esta diferencia representa los efectos del ejercicio o las tasas más bajas de conversión de andrógenos a estrógenos debido a la masa magra.

Anticonceptivos orales, menopausia y embarazo: No se ha registrado una relación definitiva entre los anticonceptivos orales y la presencia o el crecimiento de los miomas. La terapia hormonal posmenopáusica no estimula el crecimiento de los miomas en la mayoría de las mujeres. La multiparidad disminuye la incidencia y el número de miomas clínicamente establecidos. Los embarazos en la mitad de la edad reproductiva (25 a 29 años) brindan la mayor protección contra la aparición de miomas.

Tabaco: el tabaquismo puede disminuir la incidencia de miomas. Diversos factores reducen la biodisponibilidad de estrógenos en los tejidos blancos; entre ellos, la

disminución en la conversión de andrógenos a estrógenos por la inhibición de la aromatasas por la nicotina, el aumento en la 2-hidroxilación del estradiol o la estimulación de niveles más altos de globulina ligadora de hormonas sexuales.

Lesión Tisular: Se ha propuesto que la lesión o la inflamación celular secundarias a un agente ambiental, la infección o hipoxia son mecanismos asociados con la formación de miomas, pero esta información no fue confirmada.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de los miomas, se basa en la exploración clínica. Ante tumores de gran volumen, la inspección del abdomen puede identificar su presencia.

La palpación abdominal y el tacto bimanual, puede mostrar una tumoración centrada en el hipogastrio de volumen variable, consistencia generalmente firme, superficie lisa o irregular pudiendo delimitarse diferentes nódulos.

A veces, al realizar la inspección del cérvix puede visualizarse un mioma submucoso pediculado parcialmente parido

Historia Clínica:

1. El síntoma más frecuente suele ser la hemorragia uterina.
 2. Los síntomas principales están relacionados con el crecimiento del tumor.
 3. La paciente puede notar una masa en hipogastrio o abdomen inferior.
 4. La masa se puede asociar a dolor pélvico, o manifestaciones por compresión de órganos o estructuras vecinas.
 5. Puede haber alteración de la fertilidad.
-

Examen Físico:

1. Se debe realizar con la vejiga y el recto vacío.
2. El hallazgo primordial es el aumento de volumen y consistencia del útero, el cual puede ser simétrico (nódulos submucosos) o irregular (nódulos intramurales o subserosos).

Exámenes Auxiliares:

1. Laparoscopia
 2. Papanicolaou Cérvico-vaginal: Indicado siempre; permite descartar neoplasia epitelial cervical o cáncer infiltrante de cérvix.
 3. Ultrasonido transabdominal y transvaginal: Indicado siempre; permite evaluar la localización, tamaño y número aproximado de miomas.
 4. Hemoglobina, hematocrito: Indicado cuando hay historia de sangrado; orienta en la severidad del sangrado y anemia.
 5. Hemograma y VSG: Indicado cuando hay historia de fiebre; si es anormal sugiere infección o necrosis del mioma (puede ser apropiado descartar infección de otro órgano o sistema).
 6. Grupo sanguíneo y factor Rh: Si hay anemia severa o en el preoperatorio.
 7. Perfil de coagulación (tiempo de protrombina y de tromboplastina parcial, recuento de plaquetas): Si hay historia de sangrado exagerado.
 8. Gonadotrofina Coriónica (subunidad sérica): Permite descartar posible embarazo en casos de ciclos irregulares, retraso menstrual o útero de consistencia blanda.
-

TRATAMIENTO DE LA MIOMATOSIS

Dependiendo de la edad de la paciente y del tipo y la gravedad de los síntomas producidos por los miomas, el Ginecólogo en conjunto con la paciente deberá escoger el tratamiento de elección más conveniente, teniendo en cuenta el deseo de paridad futura y el deseo de conservar el útero.

Existen dos tipos de enfoques terapéuticos para tratar la miomatosis uterina:

Tratamiento Médico: Anti-estrógenos (progestágenos, análogos GnRH): Se usan drogas para bloquear el crecimiento de los miomas y reducir su tamaño, es temporal debido a que su uso por más de seis (6) meses aumenta el riesgo de osteoporosis.

Tratamiento Quirúrgico: Si la paciente desea tener más embarazos en el futuro, y las condiciones de los miomas lo permiten, se debe considerar la posibilidad de la extracción de estos únicamente (Miomectomía).

En caso de no desear paridad futura o la gravedad y la localización de los miomas lo indiquen, la extracción total del útero debe ser la cirugía de elección (Histerectomía).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

GONADOTROPINAS: Los análogos de la hormona liberadora de Gonadotropinas reducen significativamente el tamaño de los miomas de hasta el 35 al 60%. Se sugiere el uso de Hormona Gonadotropina (GnRH) en pacientes que van a ser sometidas a miomectomía, no por más de seis meses, por sus efectos secundarios como Hipoestrogenismo.

MEDROXIPROGESTERONA El uso de medroxiprogesterona en el tratamiento de Miomatosis uterina no modifica el tamaño, pero es útil en el manejo de la hemorragia anormal.

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES: Los AINES no modifican el tamaño de los miomas, actúan inhibiendo el dolor y disminuyendo la hemorragia, su uso se recomienda en pacientes con sintomatología leve o en espera de tratamiento definitivo.

DISPOSITIVO ENDOUTERINO: La aplicación de dispositivos endouterinos de progestágenos puede ser útil en el manejo de la hemorragia, con una reducción del 85% a los 3 meses; indicada en pacientes con alto riesgo quirúrgico, perimenopáusicas o con deseo de conservar el útero.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

MIOMECTOMIA: Es un procedimiento que se realiza en las pacientes que desean conservar el útero o con paridad insatisfecha. La literatura mundial reporta un riesgo de recurrencia del 10% a los 5 años y a largo plazo (14 años) del 27%; requiriendo cirugía mayor posteriormente. Este procedimiento se indica sobretodo en miomas de mediano y gran tamaño.

La vía laparoscópica se la utiliza para miomas subserosos de pequeños elementos. La miomectomía vaginal se prefiere en miomas cervicales pediculados.

EMBOLIZACION DE LA ARTERIA UTERINA: Es un procedimiento quirúrgico que disminuye la hemorragia uterina, síntomas de compresión y problemas de infertilidad al reducir el volumen de los miomas. Se la debe realizar unicamente en casos seleccionados.

HISTERECTOMIA: Es el tratamiento definitivo en mujeres con paridad setisfecha y miomatosis uterina sintomática. Cualquier tecnica quirurgica debe elegirse en base a criterios de selccion muy estrictos que incluyan el estado general de la paciente y respetando sus expectativas.

TIPOS DE HISTERECTOMIA

COMPLETA O TOTAL: extirpa el cuello uterino así como el útero. Este es el tipo más común de histerectomía.

PARCIAL O SUBTOTAL: (llamada también *histerectomía supracervical*) extrae la parte superior del útero y deja el cuello uterino en su lugar.

RADICAL: se extrae el útero, el cuello uterino, la parte superior de la vagina y sus tejidos de apoyo. Este procedimiento se realiza en algunos casos de cáncer.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS BÁSICOS.

MIOMAS

Son tumores benignos, no cancerosos que crecen a expensas de la capa muscular del útero llamada miometrio.

MIOMECTOMÍA

Implica el corte de los miomas de la pared del útero. Esto le permite a la mujer conservar la totalidad de su útero en caso de que desee tener hijos.

LEIOMIOSARCOMA

Es un tumor canceroso poco común de las células del músculo liso y se encuentra con mayor frecuencia en el útero o el abdomen.

MIOMETRIO

Capa muscular del útero, gruesa, situada entre el perimetrio (por fuera) y el endometrio (mucosa, por dentro). Sus contracciones provocan la expulsión del feto y de las cubiertas fetales de la cavidad uterina.

DISMENORREA

Dolor severo al principio y durante la menstruación.

HISTERECTOMÍA

Una histerectomía es la extracción quirúrgica del útero. Según el tipo de histerectomía, también se pueden extraer otros órganos o tejidos pélvicos.

HISTEROSCOPIA

Examen visual de la cavidad del útero en la que se introduce un fibroscopio.

HISTEROSCOPIO

Instrumento (endoscopio) que introducido en el canal cervical del útero, permite visualizar, fotografiar o filmar la cavidad uterina merced a un sistema óptico de iluminación.

DISPAREUNIA

Coito doloroso en la mujer debido a causas orgánicas o psíquicas.

ENDOMETRIOSIS

Es una afección en la cual el tejido, que normalmente recubre el útero (el endometrio), crece en otras áreas del cuerpo, causando dolor, sangrado irregular y posiblemente infertilidad

ENDOMETRIO

El endometrio es la mucosa que cubre el interior del útero. Su función es la de alojar al óvulo fecundado, permitiendo su implantación.

HIPERESTROGENISMO

Aumento de la acción tisular estrogénica, derivada, en la mayoría de casos, de un incremento de la síntesis y secreción de estrógenos. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por hiperplasia endometrial y menorragias. En el varón puede producir hipoplasia gonadal, regresión de los caracteres sexuales secundarios y ginecomastia.

HIPERMENORREA

Perdida cíclica excesiva en intensidad pero de duración normal

MENORRAGIA

Sangrado muy abundante y duradero mayor de 8 días

POLIMENORREA

Ciclos menores de 21 días normalmente por defectos en la fase folicular.

PROIOMENORREA

El intervalo en el que se presenta el ciclo menstrual es menor que 21 días.

OLIGOMENORREA /OPSOMENORREA

Ciclos menstruales largos, puede ser la primera evidencia del fallo ovárico, es secundaria a una deficiente respuesta folicular a las gonadotrofinas.

HIPOMENORREA

Perdida escasa puede ser súbito, a Síndrome de Asherman (TBC, legrado, radioterapia).

ANEMIA

Trastorno que se caracteriza por la disminución de la hemoglobina sanguínea hasta concentraciones inferiores a los límites normales.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 HIPÓTESIS

Existe una buena concordancia en el diagnóstico clínico y ecográfico con el resultado Histopatológico en pacientes Histerectomizadas por Miomatosis Uterina en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

2.4.2. VARIABLES

Variable Independiente: Diagnostico Ecográfico, Diagnóstico Histopatológico

Variable Dependiente: Diagnóstico de Miomatosis Uterina.

2.5: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Miomatosis uterina	Tumoración uterina benigna más frecuente en la mujer, presente en la edad premenopáusica.	Variable cualitativa Tumoración uterina benigna	Sintomatología	Observación. Guía de Observación: Historia Clínica única
Diagnóstico Ecográfico	Uso de ondas de sonido para producir una imagen, a través de diferentes densidades.	Variable cualitativa Resultados emitidos por el médico imagenólogo.	Sintomatología	Observación. Guía de Observación: Historia Clínica única
Diagnóstico Histopatológico	Identifica a veces con lo que se ha llamado anatomía microscópica, pues su estudio no se detiene en los tejidos, sino que va más allá	Variable cualitativa Resultados microscópico.	Sintomatología	Observación. Guía de Observación: Historia Clínica única

CAPITULO III.

3. MARCO METODOLOGICO

3.1. METODOLOGÍA

En el presente trabajo investigativo se utilizó el método Lógico Deductivo Inductivo, es decir que va de lo general a lo particular, para establecer correlaciones y dar un procedimiento Analítico Sintético.

*** Tipo de investigación.**

La investigación corresponde a la Investigación Descriptiva-Explicativa.

*** Diseño de la investigación.**

El diseño de la investigación, es una Investigación de Campo – Correlacionante no Experimental.

*** Tipo de estudio.**

La presente tesina es una Investigación de Corte Transversal.

3.2 POBLACION Y MUESTRA.

3.2.1. POBLACIÓN.

La población de la siguiente Investigación está constituido por 70 pacientes Histerectomizadas por diagnóstico de miomatosis uterina en el hospital provincial general docente Riobamba durante el periodo enero del 2009 a diciembre del 2010. Por ser el Universo de Estudio relativamente pequeño no se procedió a extraer muestra y se trabajó con toda la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluirán a pacientes con diagnóstico clínico y ecográfico de miomatosis uterina que acudan al Servicio de ginecología del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluirán a todas aquellas pacientes que no tengan un resultado histopatológico que corrobore el diagnóstico posoperatorio.

3.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

Para la recolección de la información de datos se trabajó con la Técnica de la Observación y como instrumento de la guía de Observación en nuestro caso corresponde a la Historia Clínica única.

3.4. TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS.

La tabulación es demostrada a través de cuadros, gráficos y el correspondiente análisis.

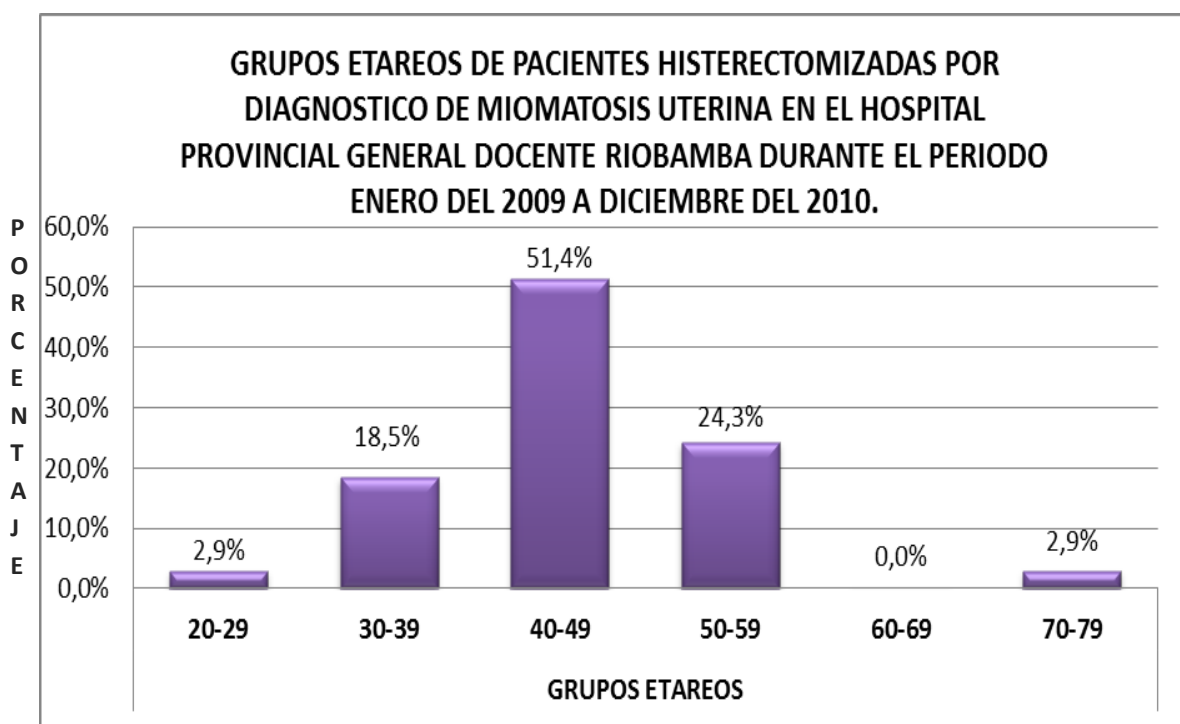
3.5. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

CUADRO N° 1

GRUPOS ETAREOS DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR DIAGNOSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2009 A DICIEMBRE DEL 2010.

20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	60-69 años	70 años y más.	TOTAL
2	13	36	17	0	2	70
2.9%	18.5%	51.4%	24.3%	0%	2.9%	100%

GRAFICO 1.



FUENTE. Tabla 1.

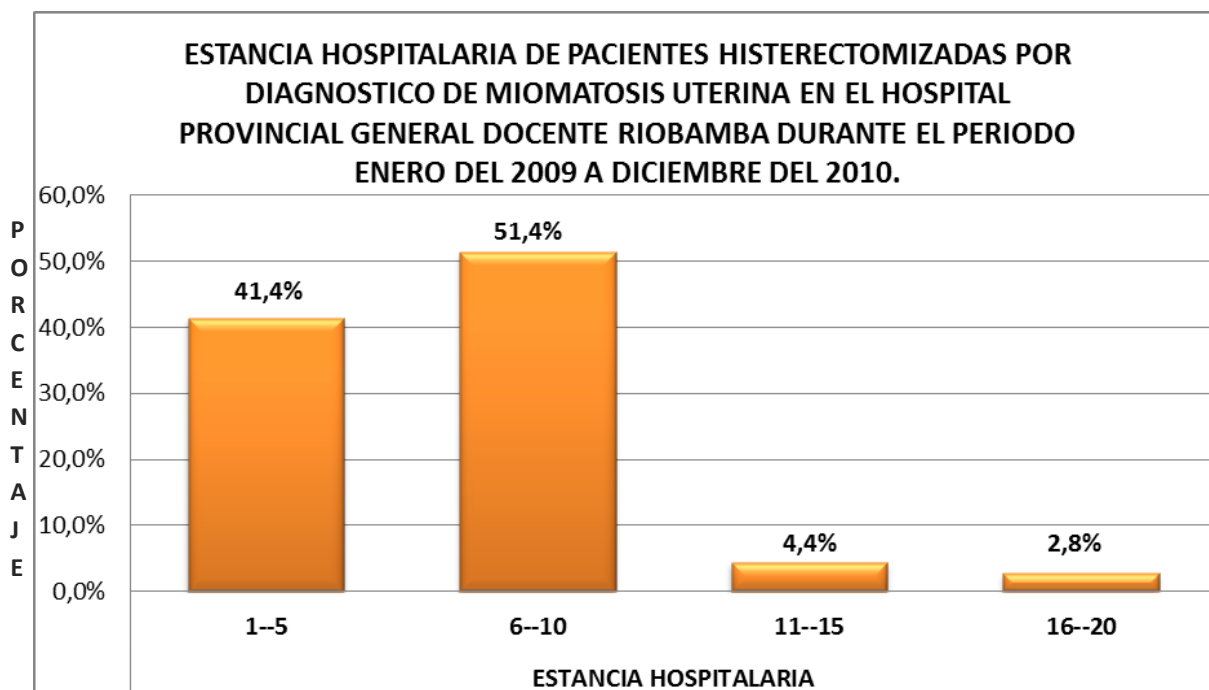
ANALISIS: De acuerdo a los valores presentados en la tabla se evidencia que, el mayor numero de casos de miomatosis uterina se presenta en el grupo etareo comprendido entre 40 a 49 años con un 51.4%; lo que se relaciona con las estadísticas generales del resto del mundo.

CUADRO N° 2

ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR DIAGNOSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2009 A DICIEMBRE DEL 2010.

1---5 Días	6---10 Días	11---15 Días	16---20 Días	TOTAL
29	36	3	2	70
41.4%	51.4%	4.4%	2.8%	100%

GRAFICO 2.



FUENTE: Tabla 2.

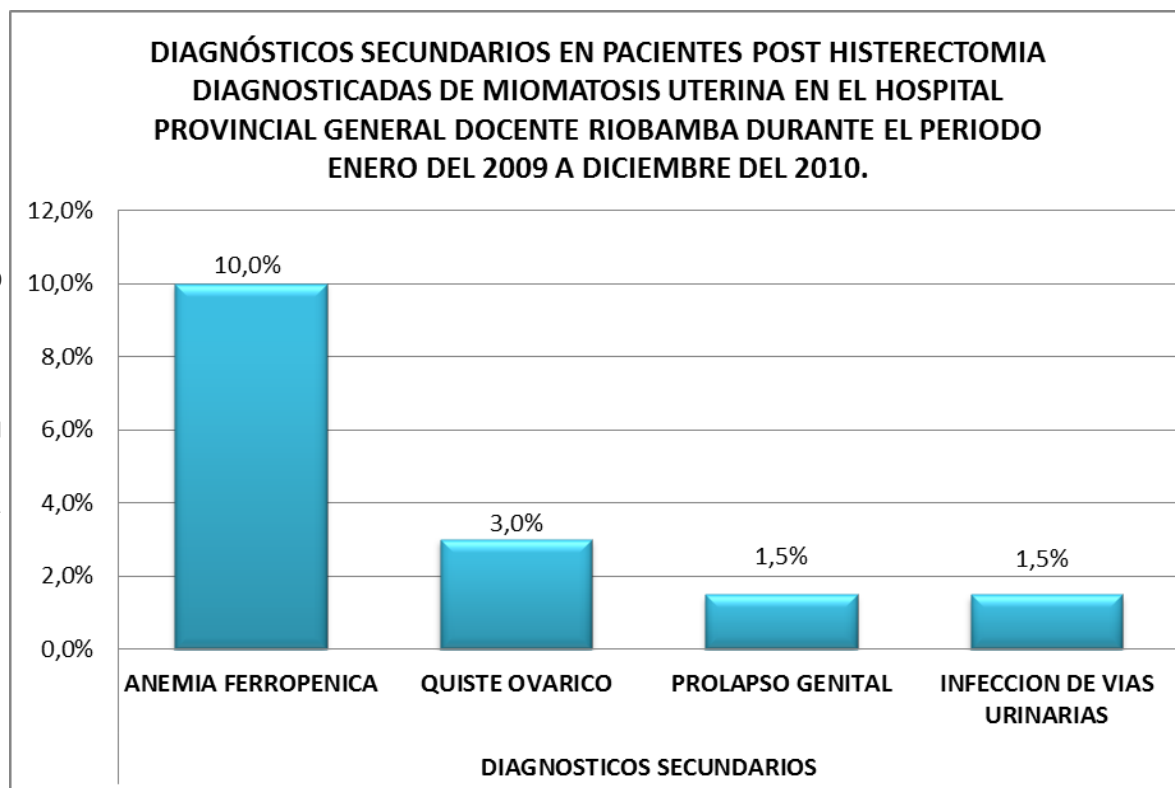
ANALISIS: Según los valores presentados en la tabla se concluye que, el 51.4% de las pacientes histerectomizadas tuvieron una estancia hospitalaria de entre 6 a 10 días; seguidas por un 41.4% con 1 a 5 días de hospitalización. Se considera un tiempo aceptable de internación, en comparación con estadísticas nacionales; ya que se trata de un proceso complicado y que requiere de un control importante en el postoperatorio para descartar cualquier tipo de complicación.

CUADRO N° 3

**DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS EN PACIENTES POST HISTERECTOMIA
DIAGNOSTICADAS DE MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DURANTE EL PERIODO
ENERO DEL 2009 A DICIEMBRE DEL 2010.**

ANEMIA FERROPENICA	QUISTE OVARICO	PROLAPSO GENITAL	INFECCION DE VIAS URINARIAS
7	2	1	1
10%	3%	1.5%	1.5%

GRAFICO 3.



FUENTE: TABLA 3.

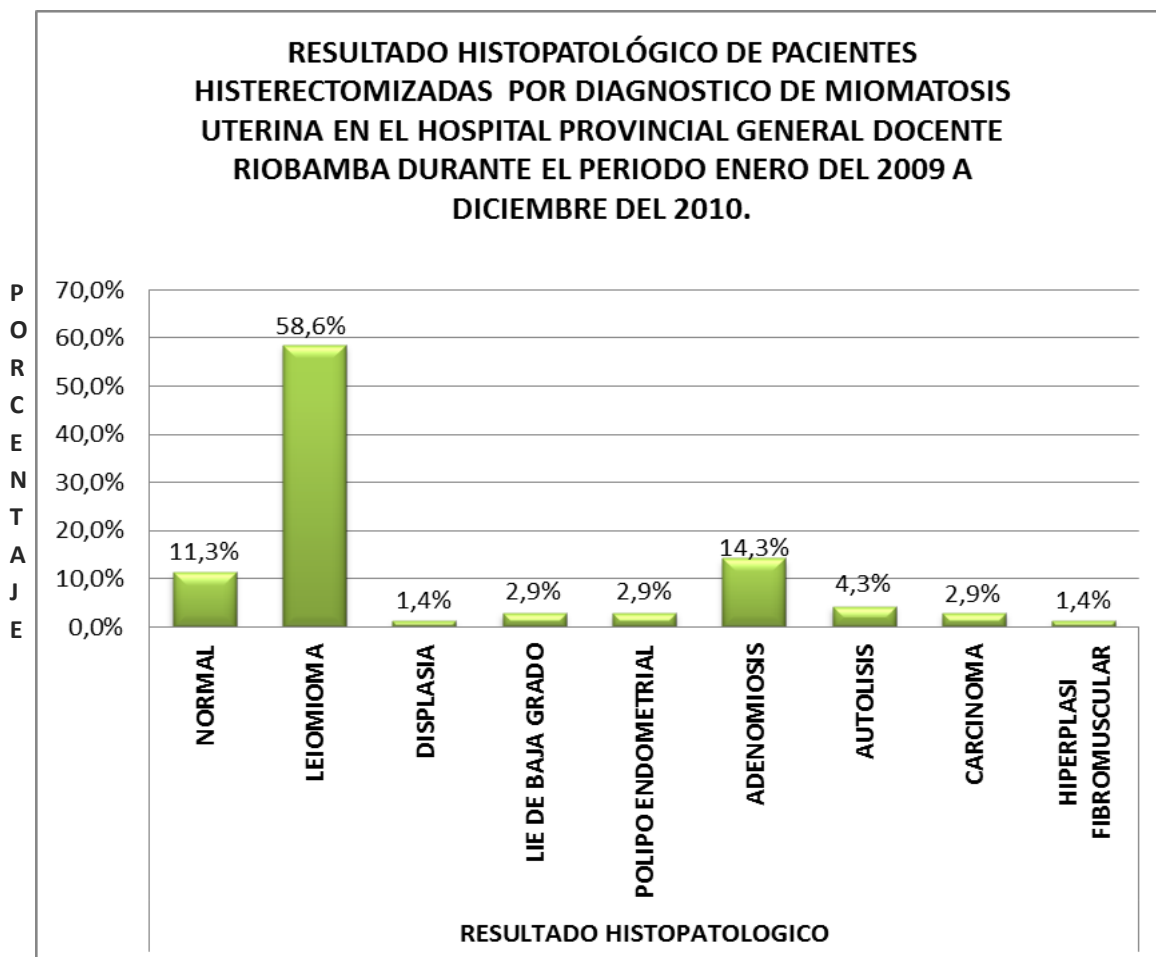
ANALISIS: Según los valores presentados en la tabla, diremos que la Anemia con 7 casos, es la entidad patológica que con mayor frecuencia se presenta como diagnostico acompañante en la Miomatosis Uterina. Lo que esta en relación al cuadro de sangrado disfuncional con el que cursa la patología en estudio.

CUADRO N° 4

RESULTADO HISTOPATOLÓGICO DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR DIAGNOSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2009 A DICIEMBRE DEL 2010.

NORMAL	LEIOMIOMA	DISPLASIA	LIE DE BAJA GRADO	POLIPO ENDOMETRIAL	ADENOMIOSIS	AUTOLISIS	CARCINOMA	HIPERPLASIA FIBROMUSCULAR
8	41	1	2	2	10	3	2	1
11,3%	58,6%	1,4%	2,9%	2,9%	14,3%	4,3%	2,9%	1,4%

GRAFICO 4.



FUENTE: TABLA 4.

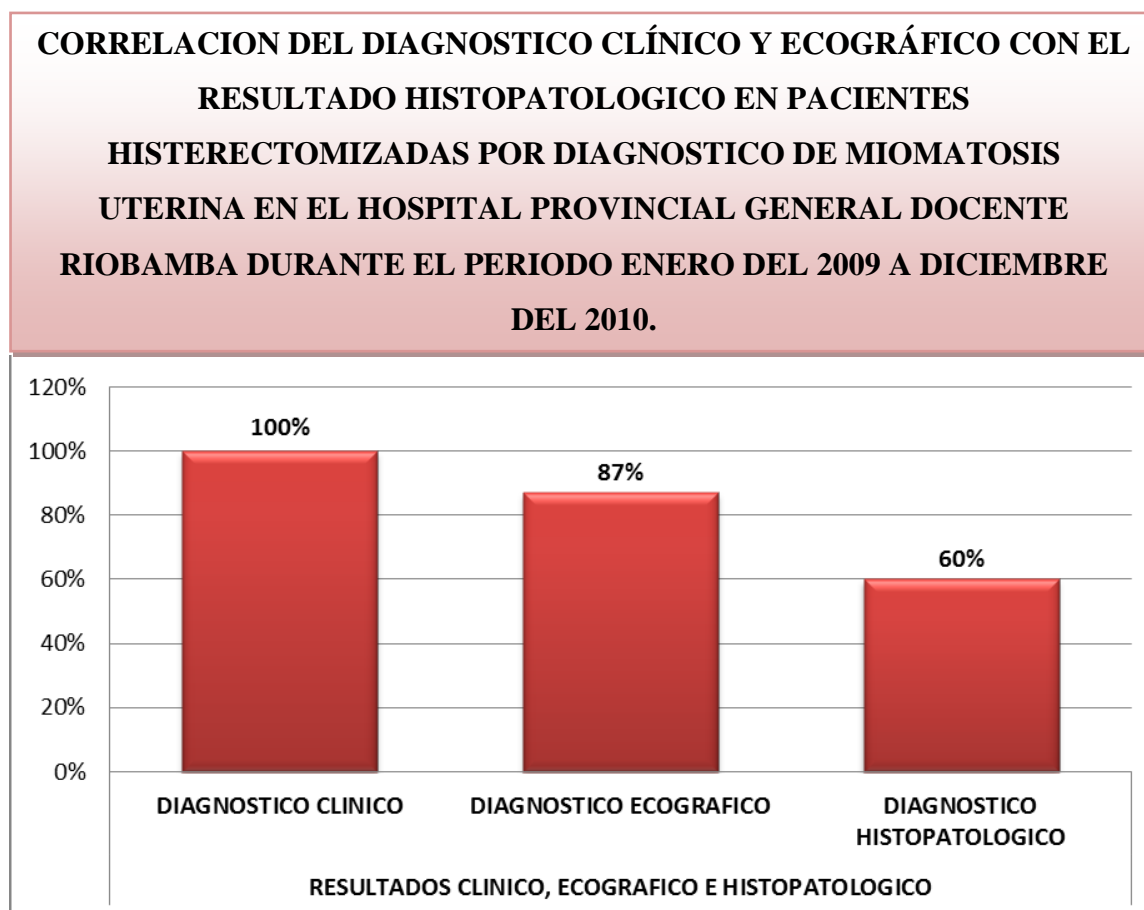
ANALISIS: Del 100% de pacientes Histerectomizadas por Miomatosis Uterina, únicamente el 59% coinciden con este diagnostico de acuerdo a los resultados del Histopatológico por lo que se debería estudiar más a fondo la sintomatología presentada para evitar un proceso quirúrgico innecesario que implica varios riesgos.

CUADRO N° 5

CORRELACION DEL DIAGNOSTICO CLÍNICO Y ECOGRÁFICO CON EL RESULTADO HISTOPATOLOGICO EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR DIAGNOSTICO DE MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2009 A DICIEMBRE DEL 2010.

DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO ECOGRAFICO	DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO
70	61	42
100%	87%	60%

GRAFICO N° 5



FUENTE: TABLA 5

ANALISIS: De acuerdo a los resultados presentados en nuestra tabla concluiremos diciendo que, no existe una adecuada correlación clínica y ecográfica con el resultado Histopatológico, ya que del 100% de las pactes Histerectomizadas, solo el 60% de los resultados Histopatológico concordaron con el diagnostico de Miomatosis Uterina, teniendo un 27% de falsos positivos en cuanto a diagnostico ecográfico.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

1. Se concluye que el mayor número de casos presentados en pacientes Histerectomizadas por miomatosis uterina se presenta en el grupo etáreo de 30 - 40 años de edad, representando el 51.4% del total de la muestra.
 2. Concluimos que el diagnostico Histopatológico confirmo el diagnostico de Miomatosis Uterina en un 60% del total de la muestra, obteniéndose un 40% de falsos positivos en cuanto a la clínica según lo observado en nuestro estudio.
 3. Observamos que el Diagnostico Ecográfico de Miomatosis Uterina presenta un 27% de falsos positivos en relación con los resultados Histopatológico.
 4. Uno de los principales signos y síntomas que se presentó en pacientes con Leiomiomatosis fue la hipermenorrea, lo que explicaría la presencia de anemia ferropénica como diagnostico secundario en varios de los reportes de las historias clínicas utilizadas en la elaboración de nuestra tesina
 5. El diagnóstico clínico, ecográfica e Histopatológico se correlacionan en un 60% aproximadamente en nuestro estudio por lo que se debería hacer más énfasis en la correcta elaboración de la historia clínica el momento de entrevistar a las pacientes.
-

RECOMENDACIONES.

1. Se recomienda poner más énfasis en cuanto a la sintomatología presentada por los pacientes que acuden a la consulta de ginecología, ya que se evidencio un porcentaje significativo de falsos positivos en el diagnostico de Miomatosis uterina
 2. Se recomienda dejar como último recurso a la histerectomía, ya que este afecta a la capacidad reproductiva de la mujer.
 3. Se recomienda no confiar en el resultado del informe ecográfico, ya que su sensibilidad y especificidad depende de las destrezas del médico ecografista.
 4. Tomar en cuenta que el resultado Histopatológico a más de confirmar Miomatosis Uterina también reporta casos de Displasia, LIE de bajo grado y 2 casos de Carcinoma por lo que el examen físico debe ser realizado no solo pensando en dicha patología sino también en entidades graves como el Carcinoma.
-

BIBLIOGRAFIA.

1. BENSON. Manual de obstetricia y Ginecología. 7ª edición, Mc GrawHill.
 2. BOTELLA Llusia J. Tratado de Ginecología. 14ª Edición, ed. Diaz deSantos.
 3. DANFORTH, Tratado de Obstetricia y Ginecología, 7ª edición, ed. McGraw Hill5. Enciclopedia Medico Quirúrgica, Ginecología Obstetricia.
 4. DAVIS KM, Sclass WD. Tratamiento Médico para Miomatosis Uterina.Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. 1995;5:671-81.
 5. DIAZ Huamán V. Tumores Benignos del Aparato Reprodutor Femenino. En: Ludmir A, Cervantes R, Castellano C, eds. Ginecología y Obstetricia, Prevención - Diagnóstico - Tratamiento. Lima: Concytec, 1996:907-25
 7. HILLARD PA. Benign Diseases of the Female Reproductive Tract:Symptoms and Signs. En: Berek JS, Adashi EY, Hillard PA, eds.Novak's Gynecology. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996:331-97
 8. HUTCHINS FL, Greenber MD. Miomas Uterinos: Diagnóstico eIndicaciones de Tratamiento. Clinicas de Ginecología y Obstetricia.Temas Actuales. 2005.
 10. JONATHAN S. Berek, Md. Ginecología de Novak. 14a edición. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
 11. LLACA y Fernández Alba. Obstetricia Clínica. Editorial Mc Graw Hill.
 12. MELAMED E, Cahane E, Carmon A, et al. Stroke in Jerusalem district,1960 through 1967: An epidemiological study. Stroke 1973; 4:465-471.
-

13. SELWYN P, Oskowitz MB. Leiomyomata Uteri. En: Friedman EA, ed. Gynecological Decision Making. St. Louis: Mosby, 1983:148-9.
 14. SCHWARCZ Ricardo Leopoldo, et al. Obstetricia. 6ta edición. El Ateneo, Junio de 2005.
-

ANEXOS.



**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
CONCORDANCIA CLÍNICA, ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA DE LA
MIOMATOSIS UTERINA EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CLÍNICAMENTE EN EL
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA DURANTE EL
PERIODO ENERO DEL 2009 A DICIEMBRE DEL 2010”**

Objetivo: Determinar la correlación que existe entre el diagnóstico clínico y ecográfico con el resultado Histopatológico en la Miomatosis uterina en el Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Los siguientes datos serán utilizados solamente para el aspecto investigativo y se mantendrá la máxima confidencialidad de los mismos.

HCL:

Sexo: Femenino

Edad de la paciente años

Procedencia:

Diagnostico de Ingreso:

Diagnóstico Secundario:

Diagnóstico Ecográfico:

Tipo de Tratamiento: **FARMACOLÓGICO?**

HISTERECTOMIA?

Estancia hospitalaria en relación con la cirugía: días

Resultado del Histopatológico:
