UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD HUMANA

NIVEL DE POSTGRADO

ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TITULO:

"CORRELACIÓN ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA DE LAS HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES REALIZADAS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTERO IESS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MAYO A OCTUBRE DE 2012."

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTORA:

DRA. MARITZA FAVIOLA APOLO CASTILLO.

DIRECTOR:

DR. ÁNGEL JIMÉNEZ.

LOJA - ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN

DOCTOR.

Ángel Jiménez.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo de investigación titulado **"CORRELACIÓN ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA DE LAS HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES REALIZADAS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTERO IESS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MAYO A OCTUBRE DE 2012",** de autoría de la Dra. Maritza Fabiola Apolo Castillo, para optar al grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia, el mismo que fue aprobado por el Nivel de Postgrado, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Loja, Marzo de 2012

.....

Dr. Ángel Jiménez.

AUTORÍA

Yo Maritza Faviola Apolo Castillo declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Maritza Faviola Apolo Castillo

Firma: .....

Cédula: 1103897706

Fecha: 24 de abril de 2013

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado salud, sabiduría y fortaleza para llegar a cumplir mis metas y por nunca dejarme sola.

Al Dr. Ángel Jiménez por haber confiado en mí, por la paciencia y por la dirección de este trabajo.

A mis padres por su apoyo incondicional, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada por su amor.

A mi esposo e hijos por su amor, por la paciencia, por su gran apoyo y por ser la fuerza principal que me impulsa a lograr las metas propuestas.

A mis hermanas Verónica y Luisa por estar siempre dispuestas a brindarme su apoyo.

A todos aquellos docentes, compañeros, amigos de trabajo y pacientes que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

¡Gracias a ustedes!

Dra. Maritza Faviola Apolo Castillo

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos y cada uno de los individuos de las nuevas generaciones que directa o indirectamente deseen conocer esta investigación para fundamentar y ajustarlos a sus propios estudios, de esa manera estaré satisfecha del esfuerzo hecho.

Mi dedicatoria especial a nuestro Padre Dios, a mis padres Vicente y María Dolores, a mi esposo Ángel y mis tres amados hijos Martina, Sebastián y Verónica y a mis hermanas Verónica y Luisa que con tanto amor y paciencia han permitido que culmine estos estudios.

A nuestra segunda casa, la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, que sin ella no hubiésemos tenido las direcciones y guías que con esmero y dedicación terminaron en la culminación de nuestra carrera y a nuestra tercera casa el Hospital Isidro Ayora de Loja y Hospital Manuel Ygnacio Montero, Instituciones de Salud que contribuyeron a pulir nuestras enseñanzas para aplicar nuestros conocimientos en salud.

Dra. Maritza Faviola Apolo Castillo

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	i
AUTORÍA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	1
SUMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
REVISIÓN DE LITERATURA	6
MATERIALES Y MÉTODOS	43
RESULTADOS	46
DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	59

RESUMEN

El presente trabajo de investigación cuyo Título es "CORRELACIÓN ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA DE LAS HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES REALIZADAS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTERO IESS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MAYO A OCTUBRE DE 2012." corresponde a un estudio retrospectivo y prospectivo de corte transversal, donde el universo estudiado fue 198 historias clínicas de pacientes atendidas en el Hospital Manuel Ygnacio Montero de la ciudad de Loja. Las muestras consideradas se basaron en criterios de exclusión por la existencia o no de diagnóstico ecográfico y en el tipo de cirugía realizada. Esto determinó una muestra de 56 pacientes con histerectomía abdominal ginecológica, de las cuales se consideró 51 pacientes en las que se pudo hacer la correlación entre el diagnóstico ecográfico y el histopatológico.

Se determinó que la histerectomía ginecológica corresponde al 28,28% de todas las cirugías ginecológicas que se realizan en el hospital MANUEL YGNACIO MONTERO IESS de Loja.

La principal causa de la histerectomía ginecológica es la Miomatosis uterina con un 91,07%, seguida de Lesión Intraepitelial Escamosa de alto grado con 7,14% y finalmente el Ca de cérvix con el 1,79%. Además el 78,6% de las intervenciones solo fueron histerectomía, y el 21,4% se acompañaron de anexectomia.

En el periodo estudiado, se presentó una sola complicación por una herida infectada, correspondiendo al 1,8%; la edad en la que se presentó mayor número de histerectomías está entre 41 y 50 años con un 50,0% y entre 51 y 60 años con un 37,5%.

La correlación entre el diagnóstico ecográfico y el diagnóstico histopatológico es alta y positiva, ya que en el 68,62% de los casos se confirmó el diagnóstico con el estudio histopatológico, mientras que el 27,45% de los casos el resultado histopatológico es útero normal y el 3,92% adenomiosis.

ABSTRACT

The present research that the title is "ULTRASOUND AND HISTOPATHOLOGICAL CORRELATION OF ABDOMINAL HYSTERECTOMIES IN THE HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTERO IESS, IN THE PERIOD FROM MAY TO OCTOBER 2012". It corresponds to a retrospective and prospective cross-sectional study, where the studies amount was 198 patients with medical records of treated at the Hospital Manuel Ygnacio Montero that was located in Loja´s city. The samples considered were based on exclusion criteria for the existence or not of ultrasound diagnosis and the type of surgery performed. This resulted in a sample of 56 patients with diagnosed, in this only 51 patients were considered in the observed correlation between sonographic and histopathologic diagnosis.

We found that the gynecological hysterectomy to 28.28% in all of gynecological surgeries that was perform in the hospital MANUEL IGNACIO MONTERO IESS in Loja.

The principal cause of gynecological hysterectomy is uterine fibroids with 91.07%, followed by high squamous intraepithelial lesion with 7.14% and finally the cervical Ca with 1.79%. In addition 78.6% of the interventions were only hysterectomy, and the rest 21.4% accompanied by adnexectomy.

In the period studied, one complication was present by an infected wound, corresponding to 1.8%, the age at which there was greater numbers of hysterectomies are between 41 and 50 years old and 50.0% between 51 and 60 years old with 37.5%.

The correlation between ultrasonographic diagnosis and histopathological diagnosis is high and positive, because in 68.62% of cases the diagnosis was confirmed by histological study, while 27.45% of the cases the histopathological result´s were normal uterus and 3.92% adenomyosis.

I. INTRODUCCIÓN

Diversos autores reseñan a la histerectomía a través del tiempo. Los primeros datos encontrados fueron sobre la histerectomía de tipo vaginal, iniciando en el siglo V a.C. Posteriormente, se hallaron más registros de casos únicos en el siglo II d.C. por Sorano de Éfeso, en el año 1517 d.C por el italiano Jacopo Berengario de Capri y en 1560 por Andrea Della Croce de España. En 1600 fueron recopilados y publicados 26 casos de histerectomías por Schenck de Grabenberg. Mientras que, entre 1800 y 1816 Baudelocque llevó a cabo 23 histerectomías abdominales en Francia.

En las últimas décadas los índices de éste procedimiento quirúrgico han aumentado, siendo una de las operaciones ginecológicas realizadas con mayor frecuencia, con casi 600.000 pacientes sometidas a este procedimiento cada año en Estados Unidos, de ellas 2 de cada 3 son por vía abdominal. Los motivos para la histerectomía varían e incluyen tanto causas benignas como malignas. De las benignas, los leiomiomas sintomáticos y el prolapso de órganos pélvicos son los más comunes; aunque la hemorragia anormal, endometriosis, dolor pélvico crónico y lesiones premalignas también son relativamente frecuentes.

Este procedimiento quirúrgico, si bien puede restablecer en buen porcentaje la salud y calidad de vida en la mujer gracias a los avances tecnológicos y científicos en el campo de la medicina, es importante reconocer, que como todo proceso quirúrgico también puede acompañarse de complicaciones, causando un impacto en la vida de la mujer al poner fin a la vida reproductiva de la misma, que amenaza fuertemente su sentido de feminidad, y a su vez puede provocar una alteración de la autoestima, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros.

Por lo indicado y por el deseo inmenso de contribuir en el área ginecológica con un estudio que ayude a mejorar la salud integral de la mujer y se emita un criterio diagnóstico adecuado que justifique el motivo de la histerectomía abdominal, he planteado este

trabajo de investigación cuyo título es “CORRELACIÓN ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA DE LAS HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES REALIZADAS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTERO IESS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MAYO A OCTUBRE DE 2012.”, y porque en muestro medio la realidad no es diferente, ya que se reportan cifras de histerectomías por vía abdominal en un 32,7% al año aproximadamente del total de cirugías ginecológicas. En este estudio la histerectomía ginecológica tuvo un porcentaje del 28,28% de todas las cirugías ginecológicas.

El diagnóstico histopatológico ayuda a confirmar el diagnóstico preoperatorio, en la presente investigación de los 51 casos estudiados que ingresaron con diagnóstico ecográfico de miomatosis uterina, en el 68,62% se confirmó el diagnóstico con el estudio histopatológico; el 27,45% resultado histopatológico fue útero normal y el 3,92% adenomiosis, considerándose estadísticamente un resultado lineal positivo.

La principal causa por las que las pacientes se sometieron a esta intervención quirúrgica, según este estudio es la Miomatosis uterina con 91,07%, seguida de lesión intraepitelial escamosa (LIE) de alto grado en un 7,14% y finalmente el Cáncer de cérvix con el 1,79%, datos que tienen relación con estudios publicados a nivel mundial y local.

La edad de la paciente sometida a histerectomía ginecológica, también tiene impacto en su vida normal, y la edad promedio en la que se realiza mayor número de histerectomías está entre los 41 a 50 años con un 50%.

Para enunciar los resultados anteriores, fue necesario realizar la tabulación sistemática, y ordenada de los datos recolectados y así cumplir con los objetivos planteados al inicio de la investigación.

Finalmente con los resultados tabulados y luego de su respectivo análisis se emitieron las conclusiones y recomendaciones según los casos, para aportar en ésta área tan compleja de la ginecología en servicio de nuestras pacientes Lojanas.

Para desarrollar la presente investigación se plantearon los siguientes objetivos:

- ✓ Identificar la principal causa de histerectomía abdominal ginecológica que se realiza en el Hospital Manuel Ygnacio Montero IESS de Loja.
- ✓ Determinar el porcentaje de histerectomías abdominales que se acompañan de anexectomia y las razones para este tipo de intervención.
- ✓ Identificar las principales complicaciones que se presentan en este tipo de cirugía.
- ✓ Determinar la edad promedio en la que se realizó el mayor número de histerectomías abdominales ginecológicas.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. HISTERECTOMÍA ABDOMINAL

2.1.1 Concepto.

Histerectomía abdominal es un procedimiento quirúrgico mediante el cual el cirujano hace una incisión en la parte inferior del abdomen por donde se extirpa útero.

2.1.2 Clasificación .

a). ***Histerectomía abdominal total*:** En la histerectomía total (también llamada histerectomía simple), el cirujano extirpa el útero y el cuello uterino pero deja los ovarios y las trompas de Falopio intactos.

b). ***Histerectomía abdominal subtotal*:** En la histerectomía subtotal el útero se extirpa pero el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio se dejan intactos.

2.1.3 Epidemiología.

La histerectomía es la cirugía mayor más prevalente en ginecología. En las últimas décadas los índices de éste procedimiento quirúrgico han aumentado, siendo una de las operaciones ginecológicas realizadas con mayor frecuencia, con casi 600.000 pacientes sometidas al procedimiento cada año en Estados Unidos, de ellas 2 de cada 3 son por vía abdominal (7), en Chile afecta a más del 20% de las mujeres, es decir una de cada cinco mujeres en algún momento de su vida se verá sometida a esta cirugía.

2.2. INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA GINECOLÓGICA

2.2.1 Funcionales.

a). ***Hemorragia uterina disfuncional*:** La hemorragia uterina disfuncional (HUD) es un tipo de sangramiento anormal que se presenta solo en mujeres, proveniente del

endometrio y provocada por desbalances hormonales, y que no guarda relación con lesiones, infecciones, embarazos o tumores. Es más común en mujeres mayores de 45 años y con frecuencia en mujeres adolescentes, es a cíclico y de cantidad y duración variables. Si la alteración se debe a un desbalance endocrino, el sangramiento uterino anormal se define como disfuncional (HUD). En casi todos los casos es un concepto de exclusión, en la que se han descartado las causas orgánicas (genitales o extragenitales).

Epidemiología. La Hemorragia Uterina Disfuncional es una de las principales causas de consulta ginecológicas en adolescentes. El 50% de los casos se presenta en mujeres entre 40 y 50 años de edad, en período perimenopáusico. Un 30% de las afectadas están en edad reproductiva, entre 20 y 39 años de edad y aproximadamente el 20% de los casos se presenta en adolescentes entre 13 y 20 años de edad que no ovulan (19).

Etiología. Es provocada, en su gran mayoría, por un descontrol en el balance entre las hormonas progesterona y estrógeno, en especial por trastornos del eje hipotálamo-hipófisis-ovárico. En un 15% de los casos, el sangrado disfuncional puede presentarse en mujeres que ovulan, mientras que la restante mayoría ocurre en pacientes anovulatorias.

Cuadro clínico. La hemorragia uterina disfuncional cursa con sangrado vaginal caracterizado por ser intenso, irregular y prolongado, con ausencia de signos de ovulación. Un gran porcentaje de las pacientes son obesas con hirsutismo y otros signos de exceso de andrógenos, como el acné.

Diagnóstico. El diagnóstico de un sangrado uterino disfuncional se persigue cuando se han descartado otras causas de la hemorragia. Por ello, la historia clínica es el primer paso para el diagnóstico correcto, recogiendo detalles del sangrado, el intervalo, la duración y la cuantía. De importancia son los antecedentes obstétricos, la historia del ciclo menstrual de la paciente, la vida sexual, el uso de anticonceptivos, enfermedades sistémicas, medicamentos en uso, trauma quirúrgico, etc.

El segundo paso es la búsqueda del origen del sangrado por medio de un examen pélvico, inspeccionando el periné, la vulva, la uretra y el tracto gastrointestinal. Con el uso de un espéculo, se examina la vagina y el cuello uterino. Con tacto bimanual se estudian las características del útero, el tamaño, forma, etc.

Los estudios de laboratorio incluyen un hemograma, gonadotrofina coriónica humana (hCG), progesterona sérica, estudios de coagulación, hormona tiroidea, prolactina, andrógenos, función hepática y una biopsia del endometrio. Pueden acompañarse de exámenes de imágenes, como un ultrasonido pélvico, histeroscopía y una Tomografía Axial Computarizada.

Tratamiento. En la mayoría de las pacientes, el sangrado no requiere tratamiento, a no ser que haya anemia o que el sangrado sea abundante e interfiera con la calidad de vida de la paciente. En pacientes mayores de 35 años, se debe realizar una biopsia endometrial antes de la histerectomía. La histerectomía debe reservarse para pacientes que no responden o que no toleran el tratamiento médico. En algunas pacientes debe considerarse alternativas como la ablación o la resección endometrial, puesto que estas intervenciones pueden ser coste-efectivas, y tienen una menor tasa de morbilidad. El tratamiento inicial de una hemorragia uterina disfuncional es exclusivamente hormonal.

2.2.2 Infecciosas.

a). ***Enfermedad inflamatoria pélvica crónica:*** (EPI). Es una enfermedad infecciosa que afecta a la parte alta del aparato reproductor femenino interno (útero, ovarios y trompas de Falopio). Aparece por la ascensión de bacterias patógenas desde la vagina y el cuello uterino.

Etiología. Generalmente es producida a raíz de una enfermedad de trasmisión sexual de la vía genital baja (vagina y cérvix), como candidiasis, gonorrea y otras enfermedades de

origen bacteriano (estafilococos, estreptococos). Sin embargo, la EPI, también puede ser causada por la implantación de un dispositivo intrauterino, o después de un aborto.

Epidemiología. Dado que surge a partir de infecciones por gérmenes transmitidos sexualmente, es una enfermedad casi exclusiva de mujeres sexualmente activas. Es más frecuente en mujeres promiscuas, que empezaron pronto a tener relaciones sexuales, o que no utilizan métodos anticonceptivos de barrera, el riesgo aumenta con la manipulación del cérvix o el útero, es el caso del DIU, el legrado o la histerosalpingografía.

Cuadro clínico. Los síntomas más frecuentes son fiebre, dolor abdominal bajo y secreciones vaginales con características anormales. Estos síntomas pueden ampliarse a: micción dolorosa, náuseas y vómitos, estreñimiento, y dolor en las relaciones sexuales, entre otros.

Diagnóstico. El examen físico muestra un abdomen doloroso, en la exploración genital la movilización del cérvix es dolorosa. También pueden palparse masas anexiales. Se pueden realizar exámenes de sangre (conteo de glóbulos blancos), estudios microbiológicos en el exudado y también se puede recurrir a laparoscopia y ecografías.

Tratamiento. El tratamiento fundamental consiste en la administración de antibióticos, así como medidas generales (reposo, analgésicos, extracción de DIU si lo hay). Cuando la paciente no responde al tratamiento intravenoso se puede decidir por extirpar el útero y los anexos, pero individualizando a cada paciente y tomando en cuenta su deseo de fertilidad.

2.2.3 Neoplasias benignas.

a). ***Miomas uterinos*:** Un mioma es un tumor benigno y no canceroso que crece en el tejido muscular del útero o miometrio en las mujeres. Sólo un 0,5% de los miomas se convierten en tumores malignos (sarcomas) en las mujeres. Se estima que

aproximadamente una de cada cuatro a cinco mujeres de más de 35 años de edad padecen de este tipo de tumor (29).

Clasificación. Se clasifican generalmente en función de su localización: submucosos (en el endometrio), intramurales (en el miometrio) y subserosos (fuera de miometrio, hacia el exterior uterino).

Etiología. La aparición y crecimiento del mioma se ve favorecido por los estrógenos por lo que su presentación se produce en la edad fértil de la mujer; resultando muy infrecuente que lo haga antes de la primera menstruación (menarquia) o después de la menopausia.

Cuadro clínico. La mayoría de los miomas no presentan síntomas. Por otra parte, a veces incluso pequeños miomas situados en el endometrio pueden causar metrorragias importantes y/o hipermenorreas y así, en ocasiones incluso provocar una anemia.

Diagnóstico. En muchos casos, la exploración bimanual por un ginecólogo permite detectar la presencia de estos tumores, su tamaño y localización. La técnica diagnóstica por la imagen más útil en relación a la información proporcionada/precio es la ecografía que se puede realizar tanto por vía vaginal como abdominal. Otras técnicas diagnósticas por imagen son la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia nuclear magnética (RNM).

Tratamiento. El tratamiento de los miomas depende de la edad, de que la paciente desee tener hijos o no, del número, tamaño y localización de los miomas y de la sintomatología que se presente. La decisión de realizar una histerectomía se basa en la necesidad de tratar los síntomas: sangrado uterino anormal, dolor pélvico o síntomas de compresión. Si la paciente desea tener hijos y el mioma puede ser el causante de tu infertilidad, la mejor medida será la miomectomía. Existen técnicas muy poco agresivas como la histeroscopía y la laparoscopia, que evitan heridas mayores y normalmente son ambulatorias (23).

Si los miomas son pequeños y están estables, es decir, no crecen y los síntomas no son atenuantes, el mejor tratamiento serán los controles ginecológicos periódicos. Si en éstos se observa que los miomas crecen y/o empiezan a causar dolor, hinchazón abdominal y sangrados excesivos, determinados fármacos como los anticonceptivos, la progesterona y los antiinflamatorios que inhiben la síntesis de las prostaglandinas pueden ayudar a controlarlos.

Cuando el útero es muy grande o los miomas crecen muy deprisa, o cuando los síntomas no responden a las medidas farmacológicas, el mejor tratamiento será ya sea las técnicas quirúrgicas o los nuevos procedimientos menos invasivos como es la embolización de arterias uterinas por parte de los radiólogos intervencionistas o el MRgFUS (Magnetic Resonance Guided Focus Ultrasound), el cual en casos seleccionados tiene una alta efectividad con la ausencia de los riesgos de la cirugía.

b). ***Endometriosis*:** La endometriosis consiste en la aparición y crecimiento de tejido endometrial fuera del útero, sobre todo en la cavidad pélvica (ovarios, detrás del útero, en los ligamentos uterinos, en la vejiga urinaria) o en el intestino. Es menos frecuente que la endometriosis aparezca fuera del abdomen como en los pulmones o en otras partes del cuerpo. La endometriosis es una enfermedad relativamente frecuente, que puede afectar a cualquier mujer en edad fértil, desde la menarquia hasta la menopausia, aunque algunas veces, la endometriosis puede durar hasta después de la menopausia. La endometriosis altera la calidad de vida de las mujeres que la padecen, afectando a sus relaciones de pareja, familiares, laborales y de reproducción. Cuando el tejido endometriósico crece, aparecen bultos llamados tumores o implantes, que la mayoría de las veces son benignos o no cancerosos y rara vez se relacionan con el cáncer de endometrio. Los implantes de la endometriosis están influidos por el ciclo menstrual, de tal manera que en cada menstruación, la mujer que padece endometriosis, los tumores endometriósicos también sangran, sin posibilidad de que la sangre salga fuera del cuerpo, desarrollándose una inflamación y tejidos cicatriciales o fibrosis, que pueden ocasionar posteriormente obstrucción intestinal, sangrado digestivo y trastornos miccionales.

Cuadro clínico. Se presenta en el 50% de los casos de forma asintomática. Los síntomas más comunes pero no específicos son: dolor, hipermenorrea, infertilidad, trastornos intestinales (diarrea, estreñimiento, dolor al defecar o proctalgia, retortijones), amenorrea.

Etiología. La causa de la endometriosis es desconocida o no se sabe con total certeza. Una teoría es que durante la menstruación, parte del tejido menstrual o endometrial en lugar de evacuar en la menstruación, regresa al abdomen a través de las trompas de Falopio por flujo retrógrado. Otra teoría sugiere que hay células del peritoneo que se transforman en endometriales. La endometriosis puede ser una enfermedad hereditaria y ser causada por tanto, por una predisposición genética. Los investigadores también están observando la participación del sistema inmunitario y la manera en que estimula o reacciona a la endometriosis. Otros investigadores están observando la endometriosis como una enfermedad del sistema endocrino, ya que parece que los estrógenos fomentan el crecimiento de la enfermedad. Otros estudios buscan conocer si los agentes ambientales, como la exposición a las sustancias químicas fabricadas por el hombre, provocan la enfermedad (39).

Diagnóstico. El diagnóstico de endometriosis es difícil y para conseguirlo es necesario realizar una o varias pruebas como:

- **Exploración ginecológica:** Rara vez se pueden palpar los implantes de endometriosis y solo en casos en los que los focos estén ubicados entre recto-vagina**.**
- **Ecografía ginecológica**
- **Resonancia magnética nuclear**: Hay que realizarla en casos seleccionados.
- **Laparoscopia**: Es el estudio que puede asegurar con más certeza que se padece de endometriosis. Este procedimiento mostrará la ubicación, extensión y tamaño de los tumores y será fundamental para tomar decisiones entre el médico y la paciente.
- **Laparotomía**. Es una cirugía mayor en la que se puede observar con más claridad los órganos afectados por los focos de endometriosis activos y blancos para el diagnóstico,

ésta cirugía es beneficiosa debido a que pueden extraer fácilmente los focos y reparar órganos dañados tales como en casos que se formasen adherencias y fistulas.

Tratamiento. La endometriosis no tiene cura. Sin embargo, hay muchos tratamientos paliativos, cada uno de los cuales tiene sus ventajas e inconvenientes.

- **Tratamiento del dolor**: Para algunas mujeres con síntomas leves, tal vez no sea necesario mayor tratamiento que medicamentos para el dolor.
- **Tratamiento hormonal:** En el caso de las pacientes que no desean quedarse embarazadas, pero que necesitan un tratamiento para su enfermedad, los médicos pueden sugerir un tratamiento con hormonas. El tratamiento con hormonas es más eficaz cuando los tumores son pequeños. Las píldoras anticonceptivas controlan el crecimiento del tejido que reviste el útero y a menudo disminuyen la cantidad de flujo menstrual.
- **Tratamiento quirúrgico.** Normalmente, la cirugía es la mejor opción para las mujeres con endometriosis extensa, o que sufren fuertes dolores. Existen cirugías mayores y menores que pueden ayudar.

- Laparoscopia**:** También se usa para diagnosticar la enfermedad. La finalidad es tratar la endometriosis sin dañar el tejido sano alrededor de ella. La recuperación de la laparoscopia es mucho más rápida que en el caso de una cirugía mayor, como la laparotomía.
- Laparotomía: Es el último recurso para el tratamiento de la endometriosis ya que es una cirugía mayor en la que se extirpa la endometriosis o el útero (histerectomía). Durante una histerectomía, también pueden extirparse los ovarios y las trompas de Falopio, si es que los ovarios también tienen endometriosis, o si la lesión es grave.

c). ***Adenomiosis.*** Es la presencia de tejido endometrial en el miometrio causando un engrosamiento uterino. La adenomiosis es un trastorno benigno, común en mujeres que han dado a luz entre las edades de 35 y 50 años de edad.

Etiología. Es desconocida, aunque se le ha asociado con una variedad de traumas que pueden en algún momento romper la barrera entre el endometrio y el miometrio, incluyendo una cesárea, ligadura de trompas, aborto o incluso un embarazo cualquiera. Es más común en mujeres entre 35 y 50 años de edad, debido al exceso de estrógeno.

Clasificación. La adenomiosis puede presentarse en dos formas, tomando en cuenta la cantidad de tejido invadido (36):

- **Adenomiosis difusa**, en la que gran parte o todo el útero se ve afectado.
- **Adenomiosis focal**, también llamada *adenomioma*, y consiste en una masa localizada dentro del miometrio.

Diagnóstico. El útero puede ser visualizado, así como sus capas constituyentes, con ultrasonido o resonancia magnética (IRM). La ecografía transvaginal es la más efectiva y la más disponible en comparación con la IRM. La resonancia magnética provee una mejor capacidad diagnóstica por motivo de la mejor resolución y contraste en las imágenes, especialmente en la diferenciación entre una adenomiosis y un mioma fibrótico.

Tratamiento. Las opciones de tratamiento incluyen el uso de antiinflamatorios no esteroideos y supresión hormonal con el fin de traer alivio sintomático. Por supuesto, la histerectomía corrige el problema permanentemente al eliminar el endometrio infiltrante.

2.2.4 Neoplasias malignas.

a). ***Cáncer de cérvix***. El cáncer cervical, carcinoma del cérvix o del cuello uterino incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. El cáncer cervical o de cérvix uterino es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres. Es el más frecuente en países en vías de

desarrollo, diagnosticándose más de 400.000 casos nuevos cada año. La edad media de aparición es a los 45 años.

Causas o factores de riesgo.

- Múltiples compañeros sexuales;
- Una pareja masculina con muchas compañeras sexuales presentes o pasados;
- Edad temprana en la primera relación sexual;
- Elevado número de partos;
- Infección persistente con un VPH de alto riesgo (como VPH 16 o 18);
- Infección por VHS tipo II y otras I1TSs (como marcadores de promiscuidad sexual)
- Inmunosupresión;
- Ciertos subtipos de HLA (antígenos leucocitarios humanos);
- Uso de contraceptivos orales;
- Uso de nicotina.

Lesiones precursoras. Estas son totalmente asintomáticas y sólo se detectan mediante la citología, la colposcopia y la biopsia y observación al microscopio. Según el grado de evolución que presenten al observarlas con el microscopio se clasifican en tres grados:

- CIN I: Sólo se observa displasia en el tercio inferior del epitelio. La mayoría regresan espontáneamente a los 2 años, pero el 10% progresa a CIN de mayor grado.
- CIN II: Hay displasia en los dos tercios inferiores del epitelio.
- CIN III: El epitelio es displásico en su totalidad. También recibe el nombre de carcinoma in situ. La mayoría no regresan espontáneamente, y a los 2 años el 10% se ha transformado en un carcinoma invasor.

Clasificación histológica. Se identifican diferentes subtipos de cáncer cervical (7):

- **Carcinoma de las células escamosas**, que se origina a expensas del epitelio pavimentoso; es el más frecuente (aproximadamente 80% de los casos); el precursor inmediato de este carcinoma son las HSIL (lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado).
- **Adenocarcinoma cervical**, que constituye el 15% de los casos y se desarrolla a partir de lesiones precursoras denominadas adenocarcinoma in situ;
- **Carcinomas adenoescamosos y neuroendocrinos,** que constituyen el 5% restante de los casos.

Diagnóstico. Un cáncer cervical incipiente rara vez causa síntomas, de modo que la realización sistemática (anual) de la citología es esencial. Sin embargo, cualquier hemorragia o flujo anormal de la vagina necesita inmediata investigación médica. Si bien estos síntomas pueden deberse a otros problemas, también podrían indicar cáncer cervical. Además el médico realizará otras pruebas para poder establecer más claramente el diagnóstico, como la *colposcopia*, (visualización del cérvix o cuello del útero durante la inspección ginecológica con la ayuda de un espéculo). Puede ser indicado realizar una biopsia para extraer una muestra que será estudiada con microscopio. Durante un legrado uterino se toman muestras del canal cervical y del útero y así hacer exámenes al microscopio.

Si se confirma la presencia de cáncer cervical, pueden recomendarse otros exámenes para determinar hasta qué punto la enfermedad se ha extendido. Éstos pueden incluir: Análisis de sangre y orina. Radiografías y exámenes por ultrasonido de las áreas pélvica y abdominal.

Tratamiento. El tratamiento depende del diagnóstico. Según la extensión del cáncer, el tratamiento puede consistir en una o más terapias:

- **Técnicas de ablación**. Que sólo serían posibles para las lesiones premalignas (CIN). Se puede usar la electrocoagulación, la criocoagulación o la ablación con láser.

- **Cirugía.** Son posibles las técnicas conservadoras, como la conización, en estadios muy tempranos. En estadios más avanzados habrá que recurrir a la histerectomía total ampliada, que consiste en la extirpación completa del útero y del tejido adyacente, y que se puede hacer por vía abdominal (técnica de Wertheim-Meigs) o vaginal (técnica de Schauta). En caso de afectación vesical o rectal se ha recurrido a veces a la exenteración pélvica (histerectomía ampliada junto con extirpación de recto y vejiga). También, según el estadio, se procede o no a la extirpación de los ganglios pélvicos (linfadenectomía).
- **Radioterapia.** Para matar las células cancerosas que hayan quedado después de haberse operado. Puede ser externa o interna (braquiterapia), con aplicación local de la fuente de radiación. Quimioterapia para destruir las células cancerígenas que haya en el cuerpo. La quimioterapia tiene una utilidad discreta en este tipo de cáncer.

b). ***Cáncer de endometrio*.** El cáncer de endometrio incluye un conjunto de variantes malignas que provienen del endometrio o revestimiento del útero. Es muy frecuente en países desarrollados; el tipo más común es el *adenocarcinoma endometriode*, que ocurre por lo general pocas décadas después del inicio de la menopausia y está asociado a una excesiva exposición al estrógeno. Con frecuencia el cáncer de endometrio se desarrolla en la forma de una hiperplasia endometrial, presentándose principalmente con sangrado vaginal. El carcinoma de endometrio es una causa común de muerte debido a un cáncer ginecológico, generalmente después del cáncer de ovario y el cáncer cervical. El abordaje terapéutico más frecuente es la remoción quirúrgica del útero y sus anexos.

Debido a que se puede desarrollar cáncer en otras porciones del útero además del endometrio, el término "cáncer de útero" no es apropiado para referirse exclusivamente al cáncer de endometrio.

Clasificación. La mayoría de los tipos de cáncer de endometrio son carcinomas, por lo general (95%) adenocarcinomas. Existen varios subtipos histopatológicos del carcinoma endometrial, incluyendo la forma común tipo *endometrioide*, en la que las células

cancerígenas crecen en patrones similares al endometrio normal, así como las formas más agresivas tipo *seroso papilar* y *células claras*. Algunas fuentes han propuesto que los carcinomas de endometrio sean clasificados en dos grupos patogénicos:

- Tipo I: Este tipo de cáncer ocurre con más frecuencia en mujeres en las etapas pre- y peri-menopáusicas, usualmente con una historia de exposición de estrógeno sin oposición y/o hiperplasia de endometrio. A menudo son mínimamente invasivas en las profundidades del endometrio, y tienen estadificación endometrioide baja, por lo que presentan un buen pronóstico.
- Tipo II: Son cánceres que ocurren en mujeres en edad post-menopáusica, son comunes en afroamericanas y no tienden a estar asociadas a la exposición de estrógenos. Típicamente tienen una estadificación endometrioide elevada, son papiloserosos o de tipo células claras y presentan un pronóstico pobre.

Epidemiología. El cáncer de endometrio ocurre tanto en mujeres premenopáusicas (25%), como en mujeres post-menopáusicas (75%). La edad afectada más comúnmente está entre los 50 y los 59 años, y es raro ver casos en mujeres menores de 40 años. La mayoría de los tumores se detectan en estadios tempranos, por lo que el pronóstico y la morbilidad están en declive.

Una hiperplasia atípica y compleja conlleva un riesgo cercano al 30% de contraer cáncer de endometrio, mientras que una hiperplasia simple y no compleja tiene un riesgo tan solo del 2-3% (7). A pesar de que el fumar cigarrillos aumenta el riesgo de muerte temprana, las mujeres que fuman un paquete de cigarrillos al día tienen un menor riesgo de contraer cáncer de útero.

Etiología. La mayoría de las mujeres con cáncer endometrial tienen una historia de niveles elevados de estrógenos sin oposición. Un exceso de la actividad de estrógeno, puede producir hiperplasia endometrial, que es un precursor de cáncer. Una elevación de los niveles de estrógeno puede ser debido a:

- Obesidad, en especial >15 Kg de sobrepeso;
- Estrógeno exógeno (medicamentos)
- Otras condiciones asociadas al cáncer de endometrio incluyen:
- ✓ Hipertensión arterial
- ✓ Síndrome del ovario poliquístico

Se ha notado un mayor riesgo en los siguientes casos:

- ✓ Mujeres nulíparas; es decir, que nunca han llegado a un embarazo;
- ✓ Infertilidad o la incapacidad de quedar embarazada;
- ✓ Menarquia precoz, comienzo de la menstruación a una muy temprana edad;
- ✓ Menopausia tardía, la cesación de la menstruación a una muy tardía edad.

Mujeres con un historial de pólipos endometriales u otros crecimientos benignos del revestimiento uterino, así como mujeres post-menopáusicas que usan terapia de reemplazo de hormonas estrogénicas — especialmente si no toman conjuntamente la progestina periódica — y mujeres con diabetes, tienen un riesgo mayor de contraer cáncer de endometrio.

El medicamento tamoxifeno, usado para el tratamiento del cáncer de mama, puede también aumentar el riesgo de cáncer endometrial.

Cuadro clínico. Sangrado uterino anormal, períodos menstruales anormales, sangrado entre los períodos normales en mujeres pre-menopáusicas, sangrado vaginal y/o manchado en mujeres post-menopáusicas; en mujeres mayores de 40 años, episodios extremadamente largos, frecuentes y voluminosos de sangrado pueden indicar cambios malignos, anemia, causada por la pérdida crónica de sangre, dolor abdominal bajo o calambres intra-pélvicos

Dolor durante las relaciones sexuales, flujo vaginal blanquecino o incoloro en mujeres post-menopáusicas.

Diagnóstico. Evaluación clínica, los chequeos de rutina en mujeres asintomáticas no están indicados, por razón de que la enfermedad es curable desde sus estadios iniciales. Los resultados de un examen pélvico por lo general salen normales, especialmente temprano en la enfermedad. Los cambios de tamaño, forma o consistencia del útero y/o sus alrededores y estructuras de soporte pueden ocurrir cuando la enfermedad está en estadios más avanzados.

- Una prueba de Papanicolaou puede verse normal o, en ocasiones, mostrar cambios celulares anormales;
- El legrado endometrial es el método diagnóstico tradicional. Tanto la muestra del endometrio como endocervical debe ser estudiado;
- Si legrado endometrial no produce suficiente material de diagnóstico, una dilatación y legrado(D & L) sería necesaria para diagnosticar el cáncer.
- Una biopsia endometrial o una biopsia por aspiración puede ayudar en el diagnóstico;
- El ultrasonido transvaginal es el estudio que se debe realizar para evaluar el grosor del endometrio en mujeres post-menopáusicas que estén sangrado.
- Recientemente, se ha presentado un nuevo método de examinación llamado el TruTest, el cual usa un pequeño cepillo que rastrea el revestimiento completo del útero. Este método resulta menos doloroso que la biopsia y tiene una mayor probabilidad de procurar suficiente tejido para hacer el examen.

Estadificación. El carcinoma endometrial se examina quirúrgicamente usando el sistema de estadios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (19):

- Estadio IA: el tumor está limitado al endometrio
- Estadio IB: invasión de menos de la mitad del miometrio
- Estadio IC: invasión de más de la mitad del miometrio

- Estadio IIA: está involucrado el endocérvix solo hasta la capa glandular
- Estadio IIB: estroma cervical está comprometido
- Estadio IIIA: el tumor invade la membrana serosa o anexos, o se consigue una citología peritoneal maligna
- Estadio IIIB: metástasis vaginal
- Estadio IIIC: metástasis hacia la pelvis o los ganglios linfáticos para-aórticos
- Estadio IVA: invasión de la vejiga urinaria o el aparato digestivo
- Estadio IVB: metástasis distante, incluyendo los ganglios linfáticos intraabdominales o inguinales.

Tratamiento. El tratamiento primario es quirúrgico, que consiste en, al menos un muestreo citológico del fluido peritoneal, exploración abdominal, palpación y biopsia de algún nódulo linfático, histerectomía abdominal y remoción de ambos ovarios y trompas de Falopio. La linfadenectomía o el remover los nódulos linfáticos pélvicos y para-aórticos, se realiza a veces para tumores que tiene características de alto riesgo, tales como un tumor patológico seroso o de células claras grado III, la invasión de más de la mitad del miometrio o la extensión hacia la cérvix o anexos. A menudo, puede ser indicado el remover el omento.
Se prefiere la histerectomía abdominal por encima de la vaginal, porque permite al examinador evaluar y obtener lavados de la cavidad abdominal y detectar así mayor evidencia del cáncer.

Las mujeres con el estadio 1 de la enfermedad tienen riesgo de recurrencia, y las pacientes en el grado 2 se les ofrecen a menudo la combinación quirúrgica con terapia de radiación. La quimioterapia puede ser considerada en algunos casos, especialmente en estadios 3 y 4 de la enfermedad. La terapia de reemplazo hormonal con progestinas y antiestrógenos ha sido usada para el tratamiento de sarcomas del estroma endometrial.

c). ***Cáncer de ovario***. El cáncer de ovario es un tumor maligno que nace en cualquiera de las partes del ovario. El ovario es un órgano muy complejo que puede ser

asiento de numerosos tumores de muy distinto rango morfológico, algunos de los cuales están dotados de función hormonal, lo que justifica la gran variedad de clasificaciones. La ubicación más frecuente es en el epitelio que recubre al ovario. El riesgo de padecer cáncer de ovario correlaciona directamente con anomalías en los genes BRCA1 y BRCA2. Por lo general, el cáncer de ovario no produce síntomas.

Epidemiología. Valorar la exacta frecuencia del cáncer de ovario no es fácil y se encuentran grandes diferencias entre uno y otros países. Alcanza muy alta frecuencia en los países industrializados de Europa Occidental, Israel, Canadá y EE.UU. Es el septimo tumor maligno más frecuente en las mujeres tras el de cáncer de mama, intestino grueso, pulmón, útero y linfomas (7). Tienen una alta mortalidad. Excluyendo el cáncer de mama, supone la primera causa de muerte por cáncer ginecológico, a pesar de que su frecuencia es menor que la de útero. La malignidad de los tumores ováricos es más frecuente después de los 50 años. La edad media se sitúa entre los 50 y 60 años.

Es un importante problema de salud, más que por su incidencia por su tasa bruta de mortalidad, debido al diagnóstico en fases avanzadas de la enfermedad, y se puede considerar como la única neoplasia ginecológica en la que el diagnóstico precoz no ha avanzado en los últimos años.

Factores de riesgo. La esterilidad y fármacos utilizados en esta para la estimulación ovárica en tratamientos de más de un año de duración, como el Clomifeno aumentan la incidencia del cáncer de ovario. Por su parte, la paridad, el uso de anticonceptivos orales, la ligadura tubárica (por un mecanismo aún desconocido) y la histerectomía reducen la incidencia de cáncer de ovario.

Etiología. Es desconocida, pero se sabe que se necesitan múltiples factores y que se suelen producir a partir de la transformación maligna del epitelio de la superficie ovárica. Es más frecuente en nulíparas apoyado en la hipótesis de la ovulación incesante y del efecto protector de los anovulatorios y los embarazos.

Existe un factor genético hereditario que se conoce como cáncer de ovario familiar o hereditario (entre un 5 y 10% tienen este componente) (7), también hay autores que recomiendan una quimioprevención con anticonceptivos hormonales orales en estas mujeres con factor hereditario durante un periodo igual o superior a 6 años.

Diagnóstico. Los cribados para el cáncer de ovario no suelen ser muy sensibles, por lo que su diagnóstico es tardío en aproximadamente 70% de los casos. Siempre se comienza con una completa historia clínica, teniendo en cuenta la historia familiar de cáncer en la paciente.

También están disponibles marcadores tumorales, como el CA 125. El ultrasonido transvaginal sigue siendo el método de elección para evaluar las masas anexiales, incluyendo la velocitometría doppler color.

d). ***Sarcoma uterino***: Un sarcoma uterino es un tumor maligno que nace en el músculo liso o en el tejido conjuntivo que reviste al útero. Si la lesión se origina del estroma del endometrio se denomina sarcoma del estroma endometrial, y si el origen es del músculo uterino, el tumor se llama leiomiosarcoma uterino. Una lesión que contenga también células malignas de origen epitelial se le conoce como un «carcinosarcoma uterino», antes llamado «tumor muleriano mixto maligno».

Epidemiología. La gran mayoría de los cánceres del cuerpo del útero son del endometrio, de los cuales solo un 4% serán sarcomas uterinos (27). Por lo general la causa de la lesión es desconocida, sin embargo, aquellos pacientes con un pasado de radiación pélvica tienen un mayor riesgo. La mayoría de los tumores ocurren después de la menopausia. Aquellas mujeres que tomen tamoxifeno tienen igualmente un riesgo mayor que la población.

Cuadro clínico. El sangramiento inusual o postmenopáusico puede ser un signo de malignidad, incluyendo el sarcoma uterino y amerita ser investigado. Otros signos incluyen dolor pélvico y flujo inusual. Un útero no grávido que se agranda con rapidez es

considerado sospechoso. Sin embargo, ninguno de estos u otros síntomas, son específicos. Tampoco se han desarrollado exámenes de prevención.

Diagnóstico. Los estudios clínicos para la detección de un sarcoma uterino incluyen los ultrasonido, TAC, resonancia magnética y, de ser posible, la obtención de tejido por medio de una biopsia, histeroscopía o legrados. Ultimadamente el diagnóstico se establecerá por el examen histológico de una muestra.

Estadios. Es similar al del carcinoma de endometrio para el momento de la cirugía utilizando el sistema de estadios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (19).

- Estadio IA: tumor limitado al endometrio
- Estadio IB: invasión de menos de la mitad del miometrio
- Estadio IC: invasión de más de la mitad del miometrio
- Estadio IIA: se involucra solo la endocérvix glandular
- Estadio IIB: invasión del estroma cervical
- Estadio IIIA: tumor invade la serosa o anexos, o citología peritoneal maligna
- Estadio IIIB: metástasis vaginal
- Estadio IIIC: metástasis hacia la pelvis o nódulos linfáticos paraaórticos
- Estadio IVA: invasión de la vejiga o el sistema digestivo
- Estadio IVB: metástasis distantes, incluyendo nódulos linfáticos intraabdominales o inguinal.

Tratamiento. El tratamiento está basado en el estadio respectivo y la condición física del paciente e implica uno de los siguientes abordajes. La cirugía es la opción más frecuente que implica una histerectomía abdominal total, salpingoooforectomía bilateral. Otras opciones incluyen radiación, quimoterapia y terapia hormonal.

f). ***Cáncer de trompa uterina***: El cáncer de trompas de falopio se desarrolla por el crecimiento anormal de células malignas en una o en ambas trompas. Aproximadamente un 95% de los diferentes tipos de cáncer de trompas de falopio son adenocarcinomas, y se desarrollen a partir de células que se encuentran situadas en las membranas que rodean las trompas. En raras ocasiones, los tumores se desarrollan en forma de un suave músculo sobre las trompas de falopio, y en este caso, los mismos son conocidos con el nombre de sarcomas. En otros casos, pueden formarse otros tipos de tumores procedentes de células que se alinean o rodean las trompas de falopio, y los mismos son llamados: carcinomas de células transicionales, como una manera de distinguirlos de los adenocarcinomas.

Epidemiología. El cáncer de trompas de falopio presenta un porcentaje de un 1%, y es uno de los cánceres ginecológicos más raros. Sólo cerca de 3.6 mujeres de cada un millón desarrollan cáncer de trompas de falopio en un año. Esta enfermedad tiende a afectar a mujeres que tienen entre 60 y 64 años; es por ello que las mismas pueden llegar a desarrollarlo tempranamente o cuando tienen cerca de 80 años. A pesar de que la enfermedad prevalece más entre mujeres caucásicas, la causa de ello es desconocida (26).

Etiología. Dado que esta enfermedad es tan rara, las causas de la misma y los factores de riesgo que pueden dar lugar al desarrollo de cáncer de trompas de falopio aún son desconocidos.

Cuadro clínico. Los síntomas del cáncer de trompas de falopio son similares a otros trastornos ginecológicos e incluyen sangrado, hemorragia o descarga vaginal, y dolor en la zona pélvica. Por lo general, lo más recomendable es someterse rápidamente a una serie de exámenes médicos para poder evaluar el sangrado vaginal postmenopáusico. La mucosidad que contenga vestigios de sangre que no responda a tratamientos a base de antibióticos podría significar que la mujer en cuestión ha desarrollado este tipo de cáncer. El dolor pélvico podría ser causado por el líquido atrapado que estuviera obstruyendo e inflamando las trompas de falopio.

Diagnóstico. Existen dos factores que podrían dificultar el diagnóstico del cáncer de trompas de falopio: la rareza de esta enfermedad y el hecho de que es muy difícil poder ver el interior de las trompas de falopio. Junto a los exámenes ginecológicos de rutina; los doctores están utilizando cada vez con mayor frecuencia el ultrasonido. En los casos de cáncer de trompas de falopio, los estudios de ultrasonido pueden contribuir a descubrir una masa con forma de "hot dog", con crecimientos en la parte central de la trompa que se encuentra llena de fluido. El uso combinado de pruebas de ultrasonido intravaginales y del Doppler usual parece ser la forma más sencilla y efectiva de detectar este tipo de cáncer. Aun así, los doctores creen que la cirugía exploratoria es crucial para poder realizar un diagnóstico definitivo. Dicha cirugía puede ayudar a los cirujanos a visualizar las trompas de falopio y a obtener muestras de tejido de las mismas.

Tratamiento. El tratamiento óptimo para una persona que padece de cáncer de trompas de falopio está basado en numerosos factores, entre los que se incluyen: su historia clínica, la fase o etapa de la enfermedad y las preferencias personales de la paciente. Existen otros factores involucrados en la decisión relacionada a cómo se debe tratar dicho tipo de cáncer.

El cáncer de trompas de falopio es frecuentemente diagnosticado por medio de una cirugía. El protocolo es similar al utilizado para diagnosticar el cáncer de ovarios, e incluye una muestra de fluidos pélvicos, lavados pélvicos y abdominales, histerectomía, extracción de los ovarios y de las trompas de falopio, remoción de los pliegues de tejidos conectivos, extracción selectiva de nódulos linfáticos pélvicos y biopsias de las membranas que cubren la pared abdominal y del peritoneo.

En caso de que la enfermedad se encontrara en estado muy avanzado; el objetivo de la cirugía sería remover la mayor cantidad de tejido tumoral posible. Algunos cirujanos aconsejan realizar una posterior cirugía exploratoria, para corroborar si la enfermedad sigue presente o si la misma ha remitido con el correr del tiempo.

Pareciera que el cáncer de trompas de falopio responde mejor a la quimioterapia que emplea cisplatino en lugar de utilizar otros agentes o regímenes en los cuales se usan múltiples drogas. No obstante, el régimen quimioterapéutico para cada persona aquejada por esta enfermedad deberá ser desarrollado por un oncólogo, teniendo en mente las necesidades individuales de la paciente.

Se han comprobado variados grados de éxito al someter a la persona que padece cáncer de trompas de falopio a terapia hormonal, dado que el rol que desempeña esta clase de tratamiento aún es incierto. El acetato de medroxiprogesterona y el acetato de megestrol han sido utilizados en combinación con la quimioterapia y a veces han sido muy exitosos, mientras que otras veces no han obtenido el éxito esperado. El más reciente tratamiento es conocido con el nombre de: modalidad combinada, en la cual se utilizan una amplia variedad de tratamientos combinados para poder tratar la enfermedad en estado avanzado.

El mismo incluye: remover la mayor cantidad de tejido tumoral posible, quimioterapia postquirúrgica para reducir el desarrollo de remanentes tumorales, y posible radiación del abdomen y de la pelvis.

2.3. **COMPLICACIONES.**

2.3.1 **Complicaciones en la salud general de la paciente.**

La decisión de realizar la histerectomía debe tomarse conjuntamente entre la paciente y su médico.

Depresión. Hay amplias variaciones en la respuesta de la mujer a la histerectomía y la mayoría de los estudios sugieren que existe poca evidencia de que esta cirugía aumente los riesgos de depresión.

2.3.2 **Complicaciones intraoperatorias.**

La mayoría de las lesiones durante la histerectomía abdominal pueden relacionarse con una iluminación precaria, ayudantías inapropiadas, rapidez indebida, variantes anatómicas o la implicación de órganos dañados por el proceso patológico.

a). ***Sangrado.***

El sangrado arterial importante normalmente viene de las arterias uterinas o de los vasos ováricos cerca de la inserción de los ligamentos infundibulopélvicos. El pinzamiento a ciegas de estos vasos muchas veces conlleva a lesión ureteral. El sangrado venoso es menos dramático pero, con frecuencia, más difícil de tratar, sobre todo en presencia de adherencias extensas y miomas.

b). ***Lesiones de otras vísceras.***

Lesiones ureterales. Es una de las complicaciones más importantes de la histerectomía, por el posterior riesgo de daño renal. La mayoría pueden evitarse abriendo el retroperitoneo e identificándolo directamente.

Lesión vesical. Es la porción de las vías urinarias inferiores más susceptible de lesionarse por las relaciones anatómicas íntimas entre ésta, el útero y la porción superior de la vagina. La lesión vesical puede aparecer al abrir el peritoneo o, más frecuentemente durante la separación de la vejiga del cuello del útero y de la porción superior de la vagina.

Lesión intestinal. Las lesiones del intestino delgado son las más frecuentes entre las lesiones intestinales durante la cirugía ginecológica. El colon transverso rara vez se lesiona, puesto que está bastante lejos del campo quirúrgico, el colon descendente y el rectosigma están íntimamente relacionados con las estructuras pélvicas y tienen un riesgo considerable de lesionarse durante la cirugía ginecológica.

2.3.3 Complicaciones postoperatorias.

a) Complicaciones inmediatas.

Hemorragias. Las hemorragias después de una histerectomía, se hará evidente en uno o dos días. Primero el sangrado vaginal lo percibirá el personal de enfermería en las primeras horas después de la cirugía, y suele ser por el sangrado de la colpotomía. Segundo y menos frecuente, la paciente puede notar poco sangrado por la vagina pero signos de constantes vitales deterioradas manifestados como presión arterial baja, pulso rápido, caída de los niveles de hematocrito y dolor abdominal o en el flanco, puede ser una hemorragia retroperitoneal o de uno de los pedículos.

Íleo. La mayoría sufren algún grado de íleo intestinal, se desconoce el mecanismo exacto por el cual ocurre ese paro o desorganización de la motilidad gastrointestinal, pero paree que está asociado con la apertura de la cavidad peritoneal y que se agrava por la manipulación del tracto digestivo y por las intervenciones quirúrgicas prolongadas. También pueden provocar un íleo la infección, peritonitis y la alteración de los electrolitos. En la mayoría el grado de íleo es mínimo y la función gastrointestinal vuelve relativamente rápido, permitiendo la ingesta oral a los pocos días de la cirugía. Las que tienen persistencia de ruidos gastrointestinales disminuidos, distención abdominal, náuseas y vómitos requieren más estudios y un tratamiento más intensivo.

Retención de orina. Es poco frecuente, si no hay obstrucción de la uretra normalmente será a causa del dolor o de la atonía vesical por la anestesia. Ambos son efectos temporales.

La mayoría de las pacientes son capaces de orinar después de retirar la sonda un día después. Si la paciente todavía tiene problemas con la micción y se sospechan espasmos uretrales, normalmente se superará con relajantes musculares.

Lesión ureteral. Las pacientes que desarrollan un dolor en el flanco poco después de una histerectomía se debe sospechar en una obstrucción ureteral, y realizar una urografía-TC.

b) Complicaciones mediatas.

Fístulas vesico-vaginales. Aparecen más frecuentemente después de una histerectomía abdominal por patología ginecológica benigna. La incidencia es baja (0.2%). Las pacientes desarrollan un flujo acuoso de 10 a 14 días después de la cirugía. Algunas fistulas pueden aparecer tan precozmente como en las 48 a 72h de la intervención. El 15% de las fístulas se cierran espontáneamente luego de 4 a 6 semanas de sondaje vesical permanente, si no se ha cerrado se recomienda reparación quirúrgica (35).

Fístulas gastrointestinales. Son relativamente raras en las cirugías ginecológicas. Es más frecuente que estén asociadas con tumores malignos, radioterapia previa o lesione quirúrgica mal reparada o inadvertida. La identificación de una salida intraperitoneal de contenido gastrointestinal o la formación de una fístula normalmente requerirá cirugía inmediata a no ser que la fístula haya drenado espontáneamente a través de la pared abdominal o de la cúpula vaginal.

Hematomas. Un hematoma es una acumulación de sangre, causado por una hemorragia interna, puede deberse a la falta de hemostasia, pude desencadenar de acuerdo a la gravedad un shock hipovolémico.

Absceso de cúpula vaginal. Suelen deberse a la formación previa de hematomas. Se presentan picos de fiebre que generalmente aparecen en una fase temprana del período postoperatorio, acompañados en ocasiones de una sensación de plenitud rectal o dolor pelviano. A la palpación puede identificarse una masa renitente sobre la cúpula vaginal, la cual además puede ser visualizada con la ayuda de ultrasonografía. El drenaje por punción o la colpotomía con drenaje, ambos realizados por vía vaginal son la terapéutica adecuada. Aunque tal vez no sea necesario, se agrega un régimen con antibióticos.

c) Complicaciones tardías.

Disfunción sexual pos histerectomía. La incidencia oscila entre el 10 y el 40%. Las estimaciones varían según los niveles educativos, las culturas y las definiciones utilizadas para establecer el diagnóstico. Algunos autores han publicado que existe una disminución en la libido tras la histerectomía, mientras que otros sugieren que está aumentada puesto que reduce el temor a gestaciones no deseadas. La ansiedad prequirúrgica sobre la función sexual con frecuencia se asocia con un deterioro general de las relaciones sexuales.
Entre otras tenemos: distimia pos histerectomía, obstrucción intestinal por bridas y eventración (35).

2.4. ECOGRAFÍA DE LA PATOLOGÍA GINECOLÓGICA

2.4.1 Ecografía pélvica

El ultrasonido o ecografía permite exponer parte del cuerpo a ondas acústicas de alta frecuencia para producir imágenes del interior del organismo. Los exámenes por ultrasonido no utilizan radiación ionizante (rayos x). Debido a que las imágenes por ultrasonido se capturan en tiempo real, pueden mostrar la estructura y el movimiento de los órganos internos del cuerpo, como así también la sangre que fluye por los vasos sanguíneos.

Las imágenes por ultrasonido son en general pruebas clínicas no dolorosas que ayudan a que los médicos diagnostiquen y traten las enfermedades. El ultrasonido pélvico produce imágenes de las estructuras y órganos de la parte inferior de la pelvis. En las mujeres, un examen de ultrasonido pélvico o abdominal puede ayudar a identificar: vejiga, ovarios, útero, cérvix y trompas de Falopio.

El ultrasonido pélvico también se usa para controlar la salud y el desarrollo del embrión o feto durante el embarazo. Los exámenes por ultrasonido pueden ayudar a diagnosticar síntomas experimentados por mujeres tales como: dolor pélvico, sangrado anormal y otros problemas menstruales.

Así también ayuda a identificar: formaciones palpables tales como quistes ováricos y miomas uterinos, cánceres ováricos o uterinos.
Generalmente se realiza un ultrasonido transvaginal para observar el endometrio o las paredes del útero, incluyendo su grosor y los ovarios. El ultrasonido transvaginal también es una buena manera de evaluar las paredes musculares del útero, llamadas miometrio.

2.4.2 Miomas uterinos

La ecografía es el método más útil para el diagnóstico del mioma, ya que permite precisar su tamaño, localización y muchas de sus complicaciones. La ecografía transvaginal (a través de la vagina) es la que mayor información ofrece, pero en los casos en que haya grandes nódulos, la ecografía abdominal ayuda a completar la exploración y, en ocasiones, es imprescindible.

El mioma se localiza fácilmente y, en los casos de miomatosis, el útero puede estar tan deformado que resulta difícil delimitar su contorno y cavidad; además, la ecografía permite medir el tamaño del mioma con mucha precisión, reconocer el número de miomas y hacer una valoración global. Mediante la ecografía pueden observarse como imágenes radiolúcidas o radiopacas dependiendo la fibrosis de éstos (12).

2.4.3 Endometriosis

La endometriosis es una enfermedad ginecológica frecuente, y es causada porque el endometrio, que es la mucosa que recubre la cavidad uterina por dentro y que se descama periódicamente con la menstruación o la regla, crece fuera de su sitio normal, creando quistes endometriósicos que detectamos con la ecografía ginecológica en los ovarios, las trompas, en los intestinos, en la vejiga urinaria, o incluso en órganos a distancia como la piel y los pulmones. Evoluciona de forma cíclica según el ciclo menstrual y sangra igual que el endometrio los días de la regla, lo que ocasiona dolor y molestias a la mujer que la

padece en dichas localizaciones. Ecográficamente se aprecia como focos hiperecogénicos según el lugar de localización.

2.4.4 Adenomiosis

El diagnóstico clínico de adenomiosis es difícil porque los signos y síntomas son inespecíficos y frecuentemente coexisten con otras enfermedades pélvicas.

El rol de las imágenes en la evaluación de estas pacientes permite establecer una aproximación diagnóstica, determinar la profundidad y extensión de la penetración del miometrio, y monitorizar la evolución de las pacientes que reciban terapia conservadora.

La ecografía transvaginal produce imágenes de alta resolución del útero, que facilita la detección de adenomiosis, que debe ser identificada durante un examen en tiempo real.

- La adenomiosis aparece como áreas hipoecogénicas (75%) que corresponden a áreas de hiperplasia del músculo liso en el análisis histopatológico.
- Área de ecogenicidad heterogénea (iso e hiperecoicas) que corresponde a pequeñas islas del tejido endometrial rodeado de músculo liso.
- Glándulas quísticas dilatadas o hemorragia, se presentan como quistes miometriales menores de 5 mm de diámetro aproximadamente en el 50% de las pacientes.
- Nódulos ecogénicos o estriaciones lineales.
- Pseudoengrosamiento del endometrio.
- Pobre definición de la zona de unión.
- Aumento del tamaño uterino.
- Pobre definición de los bordes de la lesión.

El ultrasonido transvaginal tiene una sensibilidad de 80 a 86%, especificidad de 50 a 96% y una exactitud diagnóstica del 68 a 86% (9-12).

2.4.5 Cáncer de cérvix

Útero aumentado de tamaño. Estructura heterogénea: focal o generalizada, asimetría en el espesor normal del cérvix, con presencia de imágenes mal definidas según el tamaño y la invasión de la lesión.

2.4.6 Cáncer de endometrio

Para una ecografía transvaginal, se inserta en la vagina una sonda que emite ondas sonoras. Las ondas sonoras crean imágenes del útero y de otros órganos pélvicos. A menudo, estas imágenes ayudan a mostrar si el endometrio es más grueso de lo usual. Además, puede ayudar a ver si un cáncer está creciendo hacia la capa muscular del útero (miometrio).

Para que el médico pueda ver con más claridad el revestimiento uterino, se introduce agua salada (salina) en el útero a través de un tubo pequeño antes de realizar el sonograma. A este procedimiento se le llama histerosonograma o sonograma con infusión salina. La sonografía puede ayudar a los médicos a dirigir las biopsias si otros procedimientos no detectan un tumor.

2.4.7 Cáncer de ovario

La ecografía es la primera prueba de imagen utilizada en la mayoría de pacientes con masa anexial, siendo la gran mayoría de las masas anexiales benignas. La ecografía ha demostrado tener una alta sensibilidad para detectar malignidad, pero presenta una baja especificidad.

Los tumores originados en la superficie epitelial suponen el 90% de los tumores malignos primarios del ovario. Los tumores serosos son los más frecuentes, representando el 40%, seguidos por los endometrioides, mucinosos, indiferenciados y células claras. Las metástasis aparecen en el 5-10% de todos los tumores ováricos. En este apartado

hablaremos de los hallazgos ecográficos que sugieren malignidad y los parámetros que se deben usar para hacer un diagnóstico más preciso entre los tumores ováricos primarios o para diagnóstico de enfermedad ovárica metastásica.

Signos de malignidad. El diagnostico de malignidad se sospecha ante masas mayores de 6 cm de diámetro. Las masas mayores de 10 cm de diámetro son a menudo benignas. La bilateralidad también sugiere malignidad.
Los hallazgos morfológicos que sugieren malignidad son áreas sólidas, áreas sólidas con líquido en su interior (que pueden indicar necrosis) y masas quísticas complejas.

Las masas quísticas complejas contienen papilas o proyecciones nodulares sólidas, septos o tabiques mayores de 3 mm de grosor y son frecuentemente multiloculares (17).

2.4.8 Sarcoma uterino

En la ecografía abdominal y transvaginal se presentan como masas heterogéneas submucosas con bordes poco definidos, con proyecciones al cérvix. Con el ultrasonido doppler se observan índices de baja resistencia.

La histerosonografía o ecografía con infusión salina, permite al médico observar con más claridad las anomalías del recubrimiento del útero, las mismas que suelen ser masas radiolúcidas de flujo aumentado y con bordes mal definidos.

2.4.9 Cáncer de trompas de falopio

En estas situaciones también se pueden visualizar las trompas mediante ultrasonido de forma más acentuada. La mejor manera de hacerlo es a través de un transductor vaginal. Una trompa normal no es poco visible por ecografía simple (ultrasonido), mientras que un cáncer de trompas suele aparecer como una colección líquida tipo salchicha entre el ovario y el útero, o como una formación sólida mal definida.. La pared de la trompa suele

ser gruesa y chata. El ultrasonido proporciona una manera rápida y no cruenta de los órganos de la pelvis y es un estudio excelente para una evaluación inicial de las trompas.

2.5. HISTOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA GINECOLÓGICA

2.5.1 Miomas uterinos

Macroscópicamente, el fibroma es una masa blanquecina al corte y aspecto fasciculado con forma ovoide. Los miomas no poseen cápsula y carecen de vasos en su interior, pero su crecimiento expansivo comprime el miometrio de alrededor, formando una seudocápsula que lo delimita, y por la que discurren una red de vasos que nutre el mioma.

La microscopía directa evidencia un conjunto de fascículos de músculo liso distribuidos uniformemente en husos, dichas células tienen abundante citoplasma eosinófilo pálido, y sus núcleos son alargados, con nucleolos de pequeña tamaño y cromatina finamente dispersa. Las mitosis son raras. La inmunohistoquímica de estas células es positiva para desmina y actina. La expresión de receptores de estrógenos y progestágenos es variable (15).

Estudios genéticos han demostrado el origen monoclonal de los fibromas, por lo que la tumoración procede de una sola fibra muscular.

2.5.2 Endometriosis

Las lesiones endometriósicas tienen los mismos componentes que el endometrio normal: glándulas, estroma, fibrosis y hemorragia, es conveniente tener en cuenta que los patrones morfológicos del estroma y las glándulas varían en algunas lesiones endometriósicas. Los implantes se disponen en forma de pequeñas baldosas planas y tienen un color marrón oscuro (29). Los implantes mucosos cambian con el ciclo menstrual, con sangrado que forma los quistes endometriósicos o endometriomas la sangre que contienen en su interior

les confiere una coloración marrón rojiza oscura, su tamaño puede oscilar desde uno o dos cm hasta los diez o quince. Si parte del líquido que contienen se vierte al abdomen, produce inflamación y como consecuencia, tejido de defensa o cicatricial.

2.5.3 Adenomiosis

La adenomiosis puede presentar dos formas distintas: difusa y local.

La adenomiosis difusa afecta las paredes del útero en grado diverso, si bien este proceso es por lo general difuso, también puede estar relativamente localizada, aunque nunca encapsulado.

El útero propiamente dicho está ligeramente aumentado de tamaño, pero no suele ser mayor al correspondiente a 12 semanas de gestación, y es relativamente simétrico. Al corte, la pared uterina revela un patrón macroscópico trabecular con un entrelazamiento de tejido muscular y fibroso con pequeños islotes de endometrio a menudo de colores oscuros y hemorrágicos. Por el contrario, un adenomioma es un proceso localizado en la pared uterina y presenta una cápsula similar a la de un leiomioma intramural.

El engrosamiento uterino producido por la adenomiosis es difuso y de consistencia uniforme y no nodular e irregular (como sucede con los miomas). El fondo uterino por lo general es el sitio de la adenomiosis. Puede afectar a una o a ambas paredes del útero, creando una masa globulosa de 10 a 11 cm de diámetro. La superficie al corte tiene un patrón trabecular lleno de remolinos, y puede haber pequeñas zonas de hemorragia que representan islotes endometriales en los cuales ha ocurrido hemorragia menstrual.

Existe acuerdo general de que los miomas coexisten con adenomiosis, en 36 a 50 % de los casos. Emge identificó la presencia de adenomiosis en la mayor parte de los úteros extirpados por hiperplasia endometrial y en 33 % de los extirpados por carcinoma endometrial; por otro lado, Greenwood encontró adenomiosis concurrente únicamente en

20% de sus pacientes con los mismos diagnósticos primarios, en comparación con 17% en pacientes con relajación pélvica (29).

Él útero está aumentado (a menudo en forma simétrica) irregularmente firme y vascularizado. La incisión revela trabéculas granulares o moteadas en forma burda con pequeños espacios quísticos de color amarillo o pardo que contienen líquido o sangre, la superficie de los cortes aparecen convexa, haciendo procidencia y exudando suero. A menudo es imposible distinguir la unión endometrio – miometrio.

El patrón microscópico es de islotes endometriales diseminados a través del endometrio. La profundidad de penetración puede ser graduada, y las opiniones varían en relación a la extensión superficial del endometrio basal.

La adenomiosis se ha clasificado en tres grados dependiendo de la profundidad de penetración del endometrio en el miometrio (15):

Leve: cuando se encuentran de 1-3 islas de endometrio por campo de bajo poder.
Moderada: de 1-10 islas de bajo poder.
Severa: >10 islas de bajo poder.

2.5.4 Cáncer de endometrio

Macroscópicamente. El carcinoma de endometrio se presenta como un tumor polipoide localizado o como una lesión con extensión difusa que afecta a toda la superficie endometrial.

Su diseminación se produce en general después de infiltrar el miometrio, desde donde se extiende hasta las estructuras periuterinas con contigüidad directa. La diseminación a los ligamentos anchos puede originar una masa palpable. Se produce una invasión de los

ganglios linfáticos regionales, y en fases tardías, el tumor puede ser transportado por la sangre hasta los pulmones, el hígado, los huesos y otros órganos.

Histológicamente. La mayoría de los carcinomas endometriales (alrededor del 85%) son adenocarcinomas, que se caracterizan por unas estructuras glandulares mejor o peor definidas revestidas por células epiteliales cilíndricas estratificadas con características malignas. Los tumores bien diferenciados son aquellos que presentan diferenciación endometrioide. Entre el 2 y el 20% de los carcinomas endometriales contiene focos de diseminación escamosa. Los elementos escamosos son con mayor frecuencia histológicamente benignos (15).

Con menor frecuencia los carcinomas endometriales moderados o mal diferenciados, contienen elementos escamosos que presentan aspecto maligno. Estos tumores han sido denominados carcinomas adenoescamosos cuando más del 10% de la superficie tumoral es de tipo escamoso. Aunque la clasificación como un adenocarcinoma mal diferenciado requiere una pérdida de la diferenciación glandular y la presencia de áreas sólidas, hay dos tipos histológicos que se comportan como tumores mal diferenciados, independientes de su grado de diferenciación, y son, el carcinoma papilar seroso (forma muy agresiva de cáncer uterino) y el carcinoma de células claras (7).

2.5.5 Sarcoma de útero

Estas neoplasias malignas poco frecuentes aparecen de nova directamente en el miometrio o en el estroma endometrial, con diferenciación hacia el músculo liso.
Su posible origen a partir de un leiomioma previo es un tema discutido, y la mayor parte de los autores cree que esta posibilidad es sumamente rara.

Anatomía patológica. Los leiomiosarcomas crecen dentro del útero de dos formas algo distintas. Como masas carnosas y voluminosas que infiltran la pared uterina, o como masas poliploides que sobresalen en la luz del útero.

Histológicamente. Presentan diversos grados de atipia, desde tumores extremadamente bien diferenciados hasta los tumores anaplásicos que tienen las alteraciones citológicas propias de los sarcomas de crecimiento acelerado. La distinción entre leiomiosarcomas y leiomiomas se basa en la combinación del grado de atipia nuclear, del índice mitótico y de la necrosis de carácter zonal. Con pocas excepciones, los tumores malignos, con atipia celular o sin ella, tinen 10 o más mitosis por cada 10 campos microscópicos de gran aumento. Si el tumor tiene atipias nucleares o células epitelioides, cinco mitosis por cada 10 campos de gran aumento son suficientes para justificar el diagnóstico de malignidad (19).

Entre las excepciones, que son infrecuentes, están los leiomiomas con actividad mitótica que se observan en algunas mujeres muy jóvenes o en embarazadas, debiéndose tener mucho cuidado para no interpretar estas neoplasias como malignas. Un pequeño porcentaje de tumores de músculo liso puede ser imposible de clasificar y se denomina tumores de músculo liso "potencial maligno incierto".

Los leiomiosarcomas tienen la misma frecuencia antes y después de la menopausia, siendo su incidencia máxima entre los 40 y los 60 años. Estos tumores tienen una asombrosa tendencia a recidivar después de extirparlos, y más de la mitad de los casos acaban metastizando por vía sanguínea en órganos distantes, como los pulmones, los huesos y el cerebro.

También se ha observado su diseminación por toda la cavidad abdominal. La supervivencia a los 5 años es de alrededor dl 40%. Las formas bien diferenciadas tienen mejor pronóstico que las lesiones anaplásicas, cuya tasa de supervivencia a los 5 años es muy baja, del 10-15% aproximadamente.

2.5.6 Cáncer de ovario

Los tumores de ovario presentan una heterogeneidad histológica. La mayoría de los tumores malignos de ovario son derivados de células epiteliales; estos se clasifican en: serosos, mucinosos, endometrioides, de células claras, tumores de células transicionales (tumor de Brenner), tumor mixto epitelial, y otros (27).

Los tumores serosos. Se clasifican en: benignos (cistoadenoma, papiloma de superficie, adenofibroma) limítrofes (tumor quístico, tumor papilar de la superficie, adenofibroma) y

El carcinoma seroso. Usualmente es grande y bilateral. Presenta un patrón de crecimiento quístico, papilar y sólido, los focos de hemorragia y necrosis son comunes. Se encuentra compuesto por células serosas estratificadas; se caracteriza por una mayor confluencia celular, y generalmente una mayor atipia nuclear.

Los tumores mucinosos. Se clasifican de igual manera que los serosos en: benignos (cistoadenoma, adenofibroma), limítrofes (tumor quístico, adenofibroma) y malignos (adenocarcinoma, adenocarcinofibroma).

El carcinoma mucinoso. Está compuesto por quistes irregulares y glándulas cubiertas por células mucinosas atípicas, generalmente formado por cuatro o más capas de estas células. Solo contienen células mucinosas del tipo endocervical, del tipo intestinal o de ambas, pero usualmente no se logra distinguir completamente qué tipo de célula lo conforma. El principal criterio de invasión del carcinoma mucinoso, es la invasión al estroma ovárico.

Los tumores endometrioides. Están caracterizados por la presencia de elementos epiteliales, estromales o una combinación de los dos, que asemeja al endometrio. Los tumores endometrioides benignos y limítrofes son raros.

El carcinoma endometrioide. Asemeja histológicamente al adenocarcinoma de endometrio, estos tumores son masas sólidas con una consistencia blanda, firme o fibrosa; son predominantemente quísticos, llenos de un líquido chocolate. Microscópicamente, el

carcinoma endometrioide asemeja al adenocarcinoma de endometrio, conteniendo glándulas tubulares recubiertas por una capa simple o pseudoestratificada de células columnares, con una gran atipia nuclear así como un citoplasma basófilo.

El carcinosarcoma. Tumor mixto maligno mesodérmico, es una neoplasia bifásica, que tiene tanto un componente mesenquimatoso como uno epitelial. El componente epitelial puede ser de cualquier tipo de carcinoma epitelial.

Los tumores de células claras. Se caracterizan por la presencia de células claras que contienen abundante citoplasma, glucógeno, y células en forma de tachuela. El carcinoma de células claras comprende del 5 al 10% de todos los tipos de cáncer de ovario en los países del occidente; microscópicamente estos tumores presentan células claras poligonales, con abundante citoplasma y un núcleo excéntrico, tienen un crecimiento tubular, papilar, sólido o frecuentemente mixto. Las células en forma de tachuela, se caracterizan por un núcleo apical que protruye hacia el interior de la luz tubular, más allá de los límites del citoplasma.

El tumor de Brenner: Está caracterizado por nidos y columnas de células epiteliales, de las cuales la mayoría son del tipo transicional, asemejándose a las células uroteliales, tiene tanto un componente sólido como quístico, este último contiene masas papilares o polipoides o nódulos sólidos en su pared. Asemeja a un carcinoma de vejiga de células transicionales, las células presentan un pleomorfismo, núcleos atípicos, calcificaciones y una infiltración hacia el estroma.

El carcinoma indiferenciado: Es aquel que no demuestra diferenciación o contiene rara vez zonas menores de diferenciación. Se observa una marcada atipia celular, células gigantes y mitosis atípicas. Tiene el peor pronóstico de todos los carcinomas epiteliales.

2.5.7 Cancer de cervix

El carcinoma del cuello uterino nace en la zona de transformación.

Tipos Histológicos:

Carcinoma pavimentoso (75%):

Se distinguen los siguientes grados:

Moderadamente diferenciado: Es la variedad más frecuente. Se lo clasifica también como carcinoma sólido de células grandes sin diferenciación córnea. Parénquima tumoral de células con abundante citoplasma, moderado pleomorfismo celular, 2-4 mitosis por campo y escasa queratinización, limitada a células aisladas (15).

Bien diferenciado: También es de células grandes, pero con evidente diferenciación córnea. Las células tumorales presentan menor pleomorfismo, se encuentran menos de 2 mitosis por campo. Abundantes perlas córneas (con disposición celular en tela de cebolla). Poco diferenciado: Es de células pequeñas, sin diferenciación córnea. Las células son de escaso citoplasma, generalmente se encuentran más de 4 mitosis por campo. Tendría un comportamiento más agresivo.

Adenocarcinoma y carcinoma adenoescamoso: Ha habido un aumento absoluto del adenocarcinoma del cuello uterino, que según algunos autores sobrepasa el 30% de los carcinomas cervicouterinos. Ha disminuido el promedio de edad de las mujeres con este tipo de carcinoma: hoy, menos de 50 años. Hay estrecha asociación con virus papiloma, en particular, con el tipo 18. Se han descrito lesiones intraglandulares atípicas como precursoras de este adenocarcinoma. El pólipo y la hiperplasia microglandular aparentemente carecen de potencial maligno, a menos que tengan atipías celulares (29).

El carcinoma adenoescamoso (adenocarcinoma con componente sólido escamoso) es poco frecuente en el cuello uterino.

2.5.8 Cáncer de trompas de falopio

Es muy raro, histológicamente se presenta con mayor frecuencia el adenocarcinoma quístico (71 %), seguido del endometroide y el de células transicionales y mixtos. (5 a 10 % cada uno) Su localización es más común en la parte distal. Bilateralidad: 10 a 25 % de los casos (26).

Criterios Patológicos para cáncer primario de la trompa de Falopio indican que el tumor debe estar:

- Localizado macroscópicamente dentro de la trompa o de la fimbria.
- Debe ser un tumor histológicamente epitelial de mucosa tubárica y que contenga una estructura papilar.
- Presentar un área de transición entre la mucosa normal y la mucosa del tumor.
- El útero y el ovario no deben de contener carcinoma, y si la contienen, debe de ser más pequeña que la lesión en la trompa.

III. MATERIALES Y MÉTODOS.

3.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital "Manuel Ygnacio Monteros" del Seguro Social de Loja, Ubicado en el Centro Norte de la Ciudad, como se aprecia en el mapa.

3.2. MÉTODOS

Para desarrollar la presente investigación, se realizó una vasta revisión bibliográfica de forma ordenada y sistemática, tanto de trabajos y teorías relacionadas al tema, lo que permitió establecer contrastes y conclusiones sobre los resultados encontrados.

La investigación fue de carácter **retrospectiva-prospectiva y comparativa,** porque se relacionó los hallazgos del tema con estudios realizados, además se tomó en cuenta la correlación estadística de dos variables cuantitativas diferentes para establecer su relación.

Se empleó el método **inductivo-deductivo,** porque se partió de un estudio concreto para arribar a conclusiones generales y a su vez, mediante el análisis comparativo de información general, contrastar la información obtenida y llegar a conclusiones valederas.

3.2.1. Metodología por objetivos

a. ***Metodología para el primer objetivo.***

Identificar la principal causa de histerectomía abdominal ginecológica que se realiza en el Hospital Manuel Ygnacio Montero IESS de Loja.

Para lograr este objetivo se realizó una exhaustiva y detallada revisión de las Historias Clínicas de las pacientes ginecológicas ingresadas en el servicio de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA del HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTERO comprendidas durante un periodo de seis meses (Mayo a Octubre del 2012).

Para el efecto se consideró el total del universo de las pacientes atendidas en el servicio mencionado que sumaron 198 pacientes.

Se estableció criterios de exclusión basados en la existencia o no del diagnóstico ecográfico y en el tipo de cirugía realizada. Se excluyó las pacientes que se les realizo una cirugía diferente a la histerectomía abdominal ginecológica, lo que determinó una muestra de 56 pacientes, en las que se identificó el diagnóstico de ingreso que ayudó a establecer los diagnósticos e indicaciones para realizar este tipo de cirugía.

b. ***Metodología para los objetivos segundo, tercero y cuarto.***

Determinar el porcentaje de histerectomías abdominales que se acompañan de anexectomia y las razones para este tipo de intervención.

Identificar las principales complicaciones que se presentan en este tipo de cirugía.

Determinar la edad promedio en la que se realizó el mayor número de histerectomías abdominales ginecológicas.

Con la información obtenida en el primer objetivo se realizó el análisis de los diagnósticos de ingreso, procedimientos y hallazgos quirúrgicos de cada paciente, esto permitió establecer porcentajes de histerectomías abdominales totales y de histerectomías abdominales radicales, así como el establecimiento de las indicaciones para estas últimas, además se determinó las complicaciones que se presentan en este tipo de cirugía y se obtuvo los porcentajes etarios en los que existe mayor frecuencia de esta intervención quirúrgica.

Para lograr el objetivo general, de la muestra inicial de 56 pacientes se excluyeron aquellas que no tenían diagnóstico ecográfico previo a la cirugía, quedando la muestra final con 51 pacientes en la que se estableció la correlación entre el diagnóstico ecográfico y el histopatológico.

Para estos trabajos se establecieron tablas matrices que permitieron ordenar la información para su respectivo análisis.

IV. RESULTADOS

Tabla 1.
Correlación entre el diagnostico ecográfico e histopatológico de las histerectomías realizadas.

DIAGNOSTICO ECOGRÁFICO	CASOS	DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO	CASOS	%
MIOMATOSIS UTERINA	51 (100%)	LEIOMIOMAS	35	68,62%
		ÚTERO NORMAL	14	27,45%
		ADENOMIOSIS	2	3,92%

Fuente: historias clínicas del departamento de estadística del hospital "Manuel Ygnasio Montero" IEES de Loja
Autora: Dra. Maritza Apolo Castillo.

Como se observa en la tabla 1, de las 51 pacientes histerectomizadas con diagnostico ecográfico de Miomatosis uterina, el 68,62% tuvo diagnóstico histopatológico de leiomiomas, 27,45% útero normal y un 3,92% adenomiosis. La correlación según el índice de **Pearson** fue una relación lineal positiva alta, lo que significa que el diagnóstico ecográfico preoperatorio guarda relación con el diagnóstico histopatológico.

Tabla 2.
Principales causas de histerectomía abdominal realizadas en el Hospital Manuel Ygnacio Montero, IESS de Loja.

DIAGNOSTICO	CASOS	%
MIOMATOSIS UTERINA	51	91,07%
LIE DE ALTO GRADO	4	7,14%
CA DE CÉRVIX	1	1,79%
TOTAL	56	100%

Fuente: historias clínicas departamento de estadística del hospital "Manuel Ygnasio Montero" IEES de Loja
Autora: Dra. Maritza Apolo Castillo.

En la tabla 2, se da cuenta que el principal diagnostico por lo que se realizó histerectomía abdominal ginecológica fue miomatosis uterina con 51casos (91,07%), seguido de 4 casos (7,14%) por Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado y 1 caso (1,79%) de Cáncer de cérvix.

Tabla 3.
Tipo de histerectomía realizada en las pacientes ginecológicas del Hospital Manuel Ygnacio Montero, IESS de Loja.

TIPO DE HISTERECTOMIA REALIZADA	CASOS	%
Histerectomía abdominal subtotal (miomectomia)	0	0%
Histerectomía abdominal total	44	78,60%
Histerectomía abdominal + anexectomia	12	0,214
TOTAL	56	100%

Fuente: historias clínicas de departamento de estadística del hospital "Manuel Ygnasio Montero" IEES de Loja.
Autora: Dra. Maritza Apolo Castillo.

La tabla 3, muestra que de 56 pacientes intervenidas, a 44 (78,6%), se les realizó histerectomía abdominal total y a 12 (21,4%) histerectomía abdominal radical.

Tabla 3.1.
Causas de anexectomía en histerectomía abdominal.

Diagnóstico para realizar HA radical	Nro.	%
Cáncer de cérvix	1	8,33%
Ovarios quísticos	2	16,67%
Ovarios atróficos	2	16,67%
LIEAG	2	16,67%
No determinado	5	41,67%
Total	12	100,00%

Fuente: historias clínicas de departamento de estadística del hospital "Manuel Ygnasio Montero" IEES de Loja.
Autora: Dra. Maritza Apolo Castillo.

La tabla 3.1, da cuenta que el 8,33% de las anexectomías son por cáncer de cérvix, el 16,67% por ovarios atróficos, 16,67% por ovarios quísticos, 16,67% por Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado y 41,67% de los casos no fueron justificados para su realización.

Tabla 4.
Complicaciones presentadas en pacientes que les se realizó histerectomía abdominal en el Hospital Manuel Ygnacio Montero, IESS de Loja.

COMPLICACIONES	CASOS	%
HERIDA INFECTADA	1	1,80%
NINGUNA	55	98,20%

Fuente: historia clínica (departamento de estadística del hospital "Manuel Ygnasio Montero" IEES de Loja)
Autora: Dra. Maritza Apolo Castillo.

La tabla 4, muestra que de 56 intervenciones de histerectomía abdominal realizadas en el hospital Manuel Ygnacio Montero, 55 (98,2%) no presentaron complicaciones quirúrgicas, mientras que 1 presento herida infectada (1,8%), lo que indica que aún falta mejorar la condiciones de asepsia para eliminar posibles complicaciones post operatorias.

Tabla 5.
Edad promedio de las pacientes a las que se les realizo histerectomía abdominal en el Hospital Manuel Ygnacio Montero, IESS de Loja.

RANGO DE EDAD	CASOS	%
31 - 40	4	7,10%
41 – 50	28	50,00%
51 – 60	21	37,50%
> a 60	3	5,40%

Fuente: historia clínica (departamento de estadística del hospital "Manuel Ygnasio Montero" IEES de Loja)
Autora: Dra. Maritza Apolo Castillo.

En la tabla 5, se observa los rangos de edades en los que existe mayor prevalencia de histerectomías abdominales así: en el rango de 41-50 años casos 28 (50,0%); seguido de 21 (37,5%) casos en el rango de 51 – 60 años; 4 (7,1%) pacientes en el rango de 31 a 40 años y 3 (5,4%) pacientes mayores a 60 años.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La histerectomía constituye la segunda causa mundial más frecuente de procedimientos quirúrgicos mayores que se realizan en la mujer. De acuerdo a Revista chilena de Ginecología y Obstetricia, versión On-line ISSN 0717-7526, año 2009, pág. 217, se informa más de 600.000 casos cada año a nivel mundial. En nuestro medio, la realidad no es diferente, ya que se reportan cifras de un 32,7% al año aproximadamente; en el presente estudio se encontró que la histerectomía ginecológica se presenta en un 28,28% de todas las cirugías ginecológicas que se realizan, lo que demuestra una correspondencia con los datos reportados.

Se encontró que existe una relación positiva alta o fuerte entre el diagnóstico ecográfico preoperatorio el diagnóstico histopatológico; de los 51 casos analizados que ingresaron con diagnóstico ecográfico de miomatosis uterina, el 68,62% confirmó el diagnóstico con el estudio histopatológico, mientras que en el 27,45% de los casos el resultado histopatológico fue útero normal y el 3,92% adenomiosis.

Los datos encontrados en el este trabajo de investigación, se relacionan con lo reportado en un estudio realizado en la Universidad de San Carlos - Guatemala por Tejado Méndez Yolanda y publicado en la Rev. Vol 76 del 2008, menciona que en el 65.48% de las pacientes, se confirma el diagnóstico de leiomiomatosis por anatomía patológica, mientras que el 15.04% es adenomiosis; así mismo, otro trabajo de Toledo Mariño Gasbyt, publicado en la Revista Horizonte Médico Volumen 11, 2011, menciona que el diagnóstico de miomatosis tiene una correlación con la anatomía patológica del 94% mostrando mayor sensibilidad, dato que difiere con los resultados del presente estudio.

Entre las principales causas que prescriben la realización de histerectomía abdominal, según reportes de Longinote C. Carlos A. Tesis “correlación entre Histerectomía abdominal y anatomía patológica”, 2009, se encuentra en primer lugar la Miomatosis uterina en un 46,7%, seguida de pólipo endometrial en un 30,3%, hiperplasia endometrial

con 13,9%, Cáncer de cérvix en un 2,4% y endometrio proliferativo en 1,6%. Al relacionar los datos
con la presente investigación, tenemos que la principal causa de la histerectomía ginecológica es la Miomatosis uterina en un 91,07%, seguida de Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado en un 7,14% y finalmente el Ca de cérvix con el 1,79%, demostrando que al igual que lo reportado, la principal causa de histerectomía es la Miomatosis uterina, pero con incidencia mucho mayor, información que se corrobora con el estudio de Tejado Méndez Yolanda, publicado en la universidad de San Carlos – Guatemala, Rev. Vol 76 del 2008, donde se indica como principal causa de histerectomía abdominal a la Miomatosis uterina en un 58,6%, a la hemorragia uterina disfuncional en un 23,2% y a la adenomiosis en un 18,2%.

Al realizar la histerectomía ginecológica la decisión de conservar los anexos (ovarios y trompas de Falopio), en el momento quirúrgico según reportes dependerá del juicio terapéutico del cirujano; en este estudio de los 56 casos presentes el 78,6% solo fue histerectomía, y el 21,4% se acompañó también de anexectomia. En un estudio publicado en México por Yañez Ayala Rodrigo, Briones Carlos. Rev. Vol.78, 2010, indican que el porcentaje de histerectomía abdominal es del 70% y de histerectomía radical es del 30%, cifras que guardan similitud a lo encontrado a nuestro estudio.

De acuerdo a Padilla Castillo Martha, Álvarez León Eva. Revisión crítica, las complicaciones que acompañan a la cirugía ginecológica tienen una taza global del 45,1 a 35%, entre ellas la infección de la herida quirúrgica con un porcentaje que va desde 0,2 a 22% y la enfermedad tromboembólica en un 0,2 a 0,5%. Haciendo una comparación con los hallazgos de esta investigación tenemos que se presentó 1 sola complicación la misma que fue una herida infectada, correspondiendo al 1,8%, representando un porcentaje bajo según lo mencionado en estudios reportados.

La edad promedio en la que se realiza el mayor número de histerectomías de acuerdo a Toledo Mariño Gastby, Rev. Horizonte Médico, Volumen II, 2011, España, se encuentra en el rango de 41 a 45 años con un 31% , otro estudio realizado en Argentina por Rivero, Mabel I. - Villalba, María T. - Vidal, Daniel A. hace referencia a que la histerectomía es una de las cirugías ginecológicas electivas más comunes, 65% se efectúan en el grupo de edad reproductiva, alrededor de 30% en mujeres perimenopáusicas y el resto en mayores de 65 años; de acuerdo al presente estudio la edad en la que mayor número de histerectomías se realizaron fue en el rango comprendido entre 41 y 50 años que corresponde a un 50,0%, entre 51 y 60 años en un 37,5%; entre 31 y 40 años en un 7,1% y finalmente pacientes mayores a 60 años en un 5,4%, lo que guarda relación con lo reportado aunque no en los mismos niveles de prevalencia, lo que podría deberse a un retraso en la consulta a consecuencia del bajo nivel sociocultural de las pacientes.

VI. CONCLUSIONES

Del estudio retrospectivo-prospectivo de correlación Ecográfica e Histopatológica de las histerectomías abdominales realizadas en el Hospital Manuel Ygnacio Montero, IESS de Loja en el periodo comprendido de mayo a octubre del 2012 se concluye lo siguiente:

- Existe una correlación positiva alta, entre el diagnóstico ecográfico preoperatorio y el diagnóstico histopatológico con un 68,62; mientras que el 27,45% de los casos es útero normal y el 3,92% es adenomiosis.

- La principal causa de la histerectomía ginecológica es la Miomatosis uterina con un 91,07%, seguida de Lesión Intraepitelial de Alto Grado con 7,14% y en menor prevalencia Cáncer de cérvix con el 1,79%.

- De las histerectomías realizadas el 78,6% son solo histerectomía, y el 21,4% acompañadas de anexectomia.

- La única complicación reportada es herida infectada en un 1,8%.

- La edad en la que se presentan mayor número de histerectomías está entre 41 y 50 años con un 50,0%; el 37,5% entre 51 y 60 años, el 7,1% entre 31 y 40 años y un porcentaje pequeño en pacientes mayores a 60 años.

VII. RECOMENDACIONES

- Para realizar el diagnóstico de miomatosis uterina es importante que el galeno se apoye en exámenes de imagen de calidad para afianzar su diagnóstico y de ésta manera evitar la disparidad con los resultados del estudio histopatológico, disminuyendo así las complicaciones de morbi-mortalidad que se asocian a la histerectomía abdominal, catalogada como una cirugía mayor.

- El ginecólogo debe revisar cuidadosamente a la paciente, conocer a plenitud la historia clínica y apoyarse en un estudio previo de citología exfoliativa como parte de los exámenes prequirúrgicos, conociendo que la miomatosis uterina es una de las principales causas de histerectomía, no podemos subestimar al cáncer uterino por ser poco frecuente.

- A medida que la tecnología avanza, aparecen y resurgen nuevos procedimientos para el diagnóstico de las indicaciones de histerectomía, los que deben ser revisados periódicamente, con la finalidad de que el cirujano opte por la técnica quirúrgica más acorde a la patología de cada paciente, considerándose la importancia de conservar o no los ovarios, órganos de suma importancia en la vida de la mujer.

- Mejorar las técnicas de asepsia y antisepsia preoperatorias, utilizar antibióticos si el caso lo amerita durante la cirugía e indicar un buen manejo postoperatorio, lo que permitirá una pronta y adecuada recuperación de la paciente. Además apoyarnos en la valoración prequirúrgica adecuada para identificar enfermedades preexistentes que pueden intervenir como factores que aumenten la predisposición de complicaciones quirúrgicas trans o postoperatorias.

- Si consideramos el impacto a nivel psico-anatómico que puede causar la histerectomía en la vida de la mujer, es necesario incentivar a otros profesionales a estudiar sobre el manejo clínico-hormonal y expectante de la patología benigna uterina sobre todo en las mujeres en edad fértil.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Bajo Arenas, Lailla Vicens, Xercavins Montosa. (2009) Fundamentos de Ginecología. España: Panamericana.

2. Blickstein, (2010) Clínicas Ginecológica y obstétricas de Norteamérica, España: Elsiever.

3. Botella, José y Clavero, José. (2009). Tratado de Ginecología y Obstetricia. Editorial.

4. Clifford R. Wheeless. (2001) Atlas de Cirugía Pelviana. España: Panamericana.

5. Datos estadísticos aproximados del año 2009-2010, Departamento de estadística del IESS de LOJA.

6. Dolores Serrano, M; Ripollés, Tomás; Jesús Martínez-Pérez, M; Picó, Sara D Radiologia. (2007) Utilidad de la ecografía transvaginal en patología no ginecológica. España: Elsevier.

7. Dorothy Kammerer-Doak, Rebecca G. Rogers. (2008) Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamerica, v 35. n 2. Función y disfunción sexuales femeninas. España: Elsevier.

8. Dr. Guillermo Vergara Sagbini. (2009). Histerectomía Abdominal. (en línea) URL: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/HISTERECTOM%C3%8DA_ABDOMINAL.pdf.

9. Dr. J. M. Bajo Arenas. (2008) Ultrasonografía y ginecológica, Madrid: MARBÁN.

10. Dra. Lorena Martínez. (2011). Miomatosis Uterina. Pág. 1-9 (en línea) URL: http://www.ginecoactual.com.mx/index.php/informacion-paciente/ginecologia/80-miomatosis-uterina?format=pdf.

11. Ferri. (2007) Consultor clínico, Claves diagnósticas y tratamiento. Madrid: Elsevier.

12. Fleischer Manning. (2009). Ecografía en Ginecología y Obstetricia. Madrid: Marban.

13. Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y Tratamiento de la Miomatosis Uterina México. (2011). Volumen 79, n. 11. Pág. 711-718 (en línea) URL: http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2011/NOVIEMBRE2011/Femego 11.9 5 DIAGNOSTICO.pdf

14. Gregorio Urruela (2009). Histerectomía Abdominal Total. (en línea). URL: http://www.slideshare.net/gregorio74/histerectomia-abdominal-total.

15. Hans. (2007). Histología médica. España: Marbán.

16. Jaime Corvalán A. Andrés Roos T. José Lattus O. (2007). Revista chilena de obstetricia y ginecología. V. 69. n 6. Universidad de Chile. Santiago. Histerectomía Total Laparoscópica. Pág. 446-450.

17. Javier Durán Rodríguez. (2010). Ecografía ginecológica y obstétrica. Aplicación de la ecografía en el estudio de la fisiología ginecológica. (en línea) URL: http://www.euroeco.org/vol1_num2_junio2010/pdf/34_37.pdf.

18. Jhonathan S, Berek, MD, MSS. (2008) Ginecología de Nova k. Barcelona (España). Lippincott Williams ɤ Wilkins.

19. John O. Schorge, Joseph I. Schaffer, Lisa M. Halvorson. (2009). Willians Ginecologia. México D. F.: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

20. Käser Hisch Iklé. (2008) Atlas de Cirugía Ginecológica. España: MARBÁN.

21. Leonela, Isabel. (2012). "histerectomía abdominal-instrumentación quirúrgica" blog. (en línea) URL: http://instrumentacionginecologica.blogspot.com/2012/05/histerectomia-abdominal.html.

22. Longinote C. Carlos A. (2009) Tesis "correlación entre Histerectomía abdominal y anatomía patológica". Universidad Mayor de San Marcos. Federación de Medicina Humana. Lima-Perú. Pág.28.

23. Lorenzo Abad, Martínez. (2008) Obstetricia y ginecología. España: Elseiver.

24. Luis Carpio, Marco Antonio Garnique. (2009). Histerectomía abdominal: estudio comparativo entre la técnica simplificada y la técnica de Richardson. (en línea). URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A09V55N4.pdf.

25. Luz M. Verdugo M. y Edwin Guzmán. (2009) Guía Clínica de Atención de Miomatosis Uterina. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN (en línea) URL: http://facultadsalud.unicauca.edu.co/Documentos/GinObs/Guia%20de%20atencion%20miomatosis%20uterina.pdf.

26. Martín A, Izquierdo F y Xercavins J. Fundamentos de Ginecología Patología Tumoral Poco Frecuente Del Aparato Genital Femenino. Neoplasia de la trompa de

falopio. Pág. 467-472 (en línea) URL: http://www2.univadis.net/microsites/area_salud_mujer/pdfs/37-Patologia_tumoral_porco_frecuente_del_aparato_genital_femenino.pdf.

27. Michael P. Stany, Chad A. Hamilton. (2008) Clínicas Ginecológicas y Obstétricas de Norteamerica, v 35. n 2. Trastornos ováricos benignos. España: Elsevier.

28. P Grases, Pedro J. (2008). Patología ginecológica: bases para el diagnóstico morfológico. Madrid: Marbán.

29. Patología del aparato genital femenino. (2012). (en línea). URL: http://eusalud.uninet.edu/misapuntes/index.php/Patologia_del_aparato_genital_femenino_%28II%29#Adenomiosis.

30. Revista chilena de Ginecología y Obstetricia, v.71 n.5. Vicente Solà D., Paolo Ricci A., Jack Pardo S. y Enrique Guiloff F. Histerectomía: Una Mirada Desde El Suelo Pélvico. Santiago (2006).

31. Rivero, Mabel I, Villalba, María T y Vidal, Daniel A. Histerectomía por vía abdominal y vaginal. Pág. 1. Servicio de Tocoginecología - Hospital "Angela I. de Llano". (en línea) URL: http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2002/03-Medicas/M-011.pdf.

32. Rivero, Mabel I. - Villalba, María T. - Vidal, Daniel A. Servicio de Tocoginecología - Hospital "Angela I. de Llano". Pág. 1. (en línea) URL: http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2002/03-Medicas/M-011.pdf.

33. Rocío Margot Ortega Torres. (2011). Histerectomía Abdominal. (en línea). URL: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_histerectomia_abdominal.pdf.

34. Rock, J. Jones III, H. (2011) Te Linde Ginecología quirúrgica. Madrid: Panamericana.

35. Roura Cabero, (2007) Ginecología y Obstetricia, Madrid: Panamericana.

36. Tejado Méndez Yolanda. (2008). Estudio "Caracterización Epidemiológica de Pacientes con Patología Uterina". Rev. Vol 76. Facultad de San Carlos de Guatemala. FC Médicos, Hospital "Juan José Bermeo".

37. Toledo Mariño Gasbyt (2011) "Clinical and epidemiological characteristics of patients with total abdominal hysterectomy at the Carlos Lanfranco Hospital, 2005 - 2010". Revista Horizonte Médico Vol. 11(2).

38. Usandizaga, De la Fuente P. (2011) Volumen 2. Ginecología. Madrid: Marbán.

39. Yañez Ayala Rodrigo, Briones Carlos. Rev. (2010). Ginecología y obstetricia. vol. 78. Pág. 605-611. Nivel II-III. México.

IX. ANEXOS

Anexo 1. Hoja de recolección de datos.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA ELABORACIÓN DE MI PROYECTO DE TESIS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Esta hoja tiene como objetivo recolectar toda la información posible para el desarrollo de mi proyecto de tesis titulado:
"CORRELACIÓN ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA DE LAS HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES REALIZADAS EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTERO IESS, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MAYO A OCTUBRE DE 2012."

No. de Cirugías Realizadas:									
No. de Histerectomías									
N. HCL	EDAD	DIAGNÓSTICO				CIRUGÍA REALIZADA		COMPLICACIONES	
		DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO CLÍNICO		DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO					