

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ABORTO INCOMPLETO, CORRELACION CLINICO
ANATOMOPATOLOGICA

(Estudio prospectivo de 200 pacientes que ingresaron
a Unidad de Legrados del Hospital Roosevelt con
diagnóstico de aborto incompleto y su confirmación
por anatomía patológica, durante los meses de
Junio a Agosto de 1985.)

EDGAR MAURICIO RUBIO CONTRERAS

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1,985

CONTENIDO

Página

1.	<i>INTRODUCCION</i>	1
2.	<i>DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA</i>	3
3.	<i>OBJETIVOS</i>	5
4.	<i>REVISION BIBLIOGRAFICA</i>	7
5.	<i>MATERIAL Y METODOS</i>	21
6.	<i>PRESENTACION DE RESULTADOS</i>	23
7.	<i>ANALISIS Y DISCUSION</i>	33
8.	<i>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</i>	37
9.	<i>RESUMEN</i>	41
10.	<i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	43
11.	<i>ANEXOS</i>	47

INTRODUCCION

El presente estudio se realizó en el departamento de obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de junio a agosto de 1,985 el cual tiene como propósito fundamental, establecer la importancia que tiene el realizar un diagnóstico adecuado, utilizando el recurso que se tiene en el laboratorio de patología, en las pacientes que ingresan a Unidad de Legrados con impresión clínica de aborto incompleto reduciendo así el índice de error diagnóstico y por ende dar el tratamiento y seguimiento adecuado a las pacientes.

Se seleccionaron un total de 200 pacientes que fueron ingresadas a Unidad de legrados con impresión clínica de aborto incompleto excluyendo aquellas con aborto inevitable, en curso o retención placentaria, así como las que ingresaron con algún diagnóstico diferencial relacionado con el estudio, se enviaron muestras a examen patológico del tejido obtenido de cada legrado uterino instrumental hecho. Se realizó el diagnóstico de estas pacientes, correlacionando las impresiones clínicas de ingreso y post-legrado con el informe patológico.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Una causa frecuente de consulta en el departamento de obstriccia del Hospital Roosevelt, la constituyen pacientes con hemorragia vaginal, de las cuales un gran número de ellas son ingresadas a la Unidad de Legrados con impresión clínica de aborto incompleto para su tratamiento, el que consistirá fundamentalmente en legrado uterino instrumental.

El diagnóstico, se realiza en base a historia clínica y hallazgos del examen físico, ya que pocas muestras del material obtenido por grano son enviadas para examen patológico debido a que casi siempre se identifican macroscópicamente como restos placentarios, y otra causa sería el gran volumen de muestras que se enviarían a patología y ésta no contaría con los recursos necesarios para procesarlos. Esto podría dar lugar a que no se diagnosticaran enfermedades en las que es necesario, iniciar el tratamiento específico y seguimiento adecuado en las cuales el pronóstico sería más grave, mientras más tarde se identificaran, así como también hay otras entidades que pueden presentar cuadro clínico similar y que sólamente pueden identificarse por examen patológico.

OBJETIVOS:

Conocer el porcentaje de pacientes que son ingresadas a la Unidad de Legrados, con impresión clínica de aborto incompleto y su confirmación por anatomía patológica.

Establecer la importancia de enviar al laboratorio de anatomía patológica todas las muestras que se obtienen de un legrado uterino instrumental.

REVISION BIBLIOGRAFICA

El aborto, es la terminación de un embarazo por cualquier causa resultando en la expulsión de un feto inmaduro no viable. (17)

Actualmente, es difícil definir lo que se considera como viabilidad, debido a los últimos avances en el tratamiento intensivo neonatal llegándose al consenso general de definir el aborto como sigue: un feto con 20 semanas de gestación después del primer día del último período menstrual, o un feto con menos de 500 gramos de peso. (17)

En el Hospital Roosevelt, se clasifica el aborto, dependiendo de la época de gestación en:

OVULAR: 0 – 9 semanas

EMBRIONARIO: 10 – 18 semanas.

FETAL: 19 – 27 semanas.

También se define como, un feto que pese menos de mil gramos al nacimiento, cuando se desconoce la fecha de la última menstruación y nace muerto, ya que de quinientos gramos a mil gramos, se define como parto inmaduro cuando nace vivo.

La incidencia de abortos espontáneos, es considerada aproximadamente entre un 10% hasta un 20% de todos los embarazos (28, 17, 18, 23)

La mayoría de abortos espontáneos, son considerados como un fenómeno de selección natural por virtud del cual, se eliminan huevos o fetos anormales, para mejorar efectivamente la calidad de un feto que llegue al término del embarazo. (16, 17)

ETIOLOGIA

Esta puede dividirse en factores fetales y factores maternos.

FACTORES FETALES

La mayoría de abortos espontáneos, aproximadamente un

60%, son por causas fetales; siendo éstas principalmente por huevos morfológicamente anormales o anomalías cromosómicas que son incompatibles con la vida. (2,16,17,18,23)

FACTORES MATERNOS:

Aproximadamente un 15% de los abortos espontáneos, son causados por factores maternos, entre los que se incluyen principalmente:

INFECCIONES:

Los agentes etiológicos que más se han asociado principalmente son, *Listeria monocytogenes*, *Toxoplasma gondii* y *Micoplasma T.*

B- ENDOCRINOPATIAS:

Se han asociado principalmente, hipotiroidismo, diabetes mellitus y disminución en la producción hormonal de progesterona, aunque son discutibles.

TRAUMATISMO:

Tanto físico como emocional. Son poco convincentes y bastantes discutidos.

ANATOMICOS:

Entre ellos, cervix incompetente y diversas anomalías uterinas.

Por su evolución y sintomatología el aborto espontáneo se clasifica de la siguiente forma:

1- Amenaza de aborto:

Hay hemorragia vaginal leve, puede haber dolor.

2- Aborto Inminente:

Hay dolor abdominal intenso y sostenido, provocado por contracciones uterinas, hay hemorragia vaginal moderada con coágulos.

3- Aborto inevitable:

Hay hemorragia vaginal intensa y el dolor abdominal es más intenso que en cuadro anterior, comienzan a producirse cambios en el cérvix, dilatación y borramiento las membranas permanecen enteras.

4- Aborto en curso:

Se diferencia del cuadro anterior, en que las membranas ovulares están rotas, y puede haber expulsión parcial o total del contenido uterino, es más frecuente la expulsión parcial.

5- Aborto incompleto:

Cuando los restos ovulares no han sido completamente expulsados del útero, estando éste todavía parcialmente ocupado, encontrándose grande, blando, con el cérvix dilatado en ambos orificios con hemorragia vaginal profusa y persistente, pudiendo llegar a producir hipovolemia intensa, el cuadro anteriormente descrito depende de la edad de gestación, ya que cuando ocurre en embarazos pequeños, puede no existir muchos de estos signos y síntomas, encontrando solamente hemorragia vaginal que puede ser moderada

6- Aborto completo:

Se produce cuando los productos de la concepción son expulsados espontáneamente y completamente, cediendo las contracciones uterinas y la hemorragia vaginal, el orificio interno se cierra. Este cuadro raramente se produce.

7- Aborto diferido:

Para que este cuadro se produzca, tiene que haberse producido un mecanismo de aborto, muerte embrionaria, retención de los productos durante dos meses o más tiempo, hay detención del crecimiento uterino incluso regresión de su tamaño, y los síntomas y signos de embarazo desaparecen.

8- Aborto séptico:

Este puede presentarse, cuando un aborto incompleto no es tratado rápidamente, permaneciendo el orificio cervical interno abierto durante horas o días expuesto a los gérmenes de la vagina, siendo factible una infección ascendente, aunque puede ser causado también por abortos criminales, por técnicas quirúrgicas realizadas sin la asepsia requerida, instrumentos quirúrgicos contaminados o mal esterilizados.

9- Aborto habitual:

Este cuadro se diagnóstica, cuando se producen 3 o más abortos espontáneos consecutivos, su incidencia es de aproximadamente un 50% de todos los abortos espontáneos.

TRATAMIENTO DE ABORTO INCOMPLETO:

Toda paciente debe de tener permeable un sistema de infusión intravenosa, preferiblemente de gran calibre, para una adecuada restitución de líquidos, iniciándose con soluciones cristaloides y dependiendo de la severidad de la hemorragia vaginal, transfundir inmediatamente con sangre fresca total, logrando con esto estabilizar a la paciente, pueden administrarse soluciones con oxitócicos, tratando de mejorar la contracción uterina, disminuyendo la posibilidad de perforación durante la realización del legrado. (5,17,23)

En el Hospital Roosevelt, no se utilizan estas soluciones de ru-

tina, solo en algunos casos de abortos sépticos, en curso o inevitables.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Debe de realizarse lo más rápidamente posible un legrado uterino instrumental, el cual es un procedimiento quirúrgico, que conlleva dos finalidades en el caso de un cuadro clínico de aborto incompleto a saber:

1- Terapéutico:

Es el método adecuado para la remoción mecánica de los restos placentarios adheridos a la cavidad uterina, logrando así la involución adecuada y por ende buena hemostasis, cesando la hemorragia.

2- Diagnóstico:

Es de gran valor, ya que nos confirma por anatomía patológica si en realidad el sangrado uterino era causado por aborto incompleto, o por el contrario, el sangrado uterino era causado por algún otro tipo de patología, ayudándonos así a brindarle un mejor tratamiento a nuestra paciente, porque debemos tener siempre presente la diversa patología que puede presentar un cuadro similar al aborto incompleto, y algunas de ellas podrían llegar a resultados de mal pronóstico si no se diagnostican en el material que se obtiene durante el procedimiento realizado, al no enviar la muestra al laboratorio de anatomía patológica, porque daban macroscópicamente la apariencia de restos placentarios.

Siempre es conveniente, que el material que se obtenga de un legrado uterino instrumental, se envíe para examen patológico.

TECNICA DE LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL:

A- Paciente en posición de litotomía, previa asepsia y antisepsia y evacuación de vejiga urinaria.

B- Se puede usar anestesia general o paracervical.

C— Palpación bimanual, para evaluar, tamaño, forma, posición y consistencia del útero, se palpan anexos y otras estructuras pélvicas para descartar cualquier anomalía.

D— Se introduce espéculo vaginal para localizar el cérvix, pinzando con un tenáculo el labio anterior, es aconsejable hacer histerometría.

E— Si se visualizan coágulos grandes, o restos placentarios, se puede utilizar una pinza de anillos para su extracción.

F— Se introduce inicialmente una legra romana, luego una legra con filo, tratando de extraer todo resto placentario, siguiendo las agujas del reloj del fondo hacia el orificio cervical.

G— Despues de un buen legrado uterino instrumental, completo, cesa la hemorragia vaginal.

I— Examen vaginal post-legrado.

COMPLICACIONES:

1— Perforación uterina: dos factores importantes determinantes son, habilidad del cirujano y retroversión uterina, la mayor parte de los casos son rupturas pequeñas, que cicatrizan fácilmente. Raramente se produce una ruptura catastrófica. (5,17,23)

2— Sinequias debido a destrucción excesiva de la capa basal del endometrio, conocido como síndrome de Asherman.

EXAMEN PATOLOGICO:

El material obtenido por legrado debe ser examinado macro y microscópicamente. Es particularmente importante para el clínico, ya que este examen le confirma su diagnóstico, y además descartan entidades que pueden estar asociadas, o que presenten el mismo o similar

cuadro clínico.

La interpretación patológica, que confirma el diagnóstico de aborto incompleto con seguridad es: tejido fetal, vellosoidades corionicas, células trofoblásticas en tejido endometrial. (7)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ABORTO INCOMPLETO:

Cuando el aborto, presenta cuadro clínico como en curso o inevitables, y sean palpables o visibles los productos de la concepción, el diagnóstico no presenta dudas.

Cuando no es así, debemos siempre descartar otras causas de hemorragia vaginal y similitud en cuadro clínicos, que se clasifican en, causas obstétricas y causas ginecológicas.

CAUSAS OBSTETRICAS:

1— MOLA HIDATIDIFORME.

Este cuadro, puede presentar una sintomatología clínica similar con aborto incompleto, amenorrea, hemorragia vaginal, y se encuentra en un 50% de las pacientes un útero de tamaño adecuado para edad gestacional, (2,14,17,22)

En algunos casos, las pacientes expulsan las vesículas características macroscópicamente, o han presentado un aborto molar incompleto antes de su consulta hospitalaria.

Siendo el tejido obtenido por el legrado, diagnosticado macroscópicamente como restos de apariencia placentaria, y al no enviar este tejido a examen patológico, no se hará el diagnóstico, y en algunos casos pueden degenerar a coriocarcinoma.

Microscópicamente se encuentra: 1) Degeneración hidrópica

de las vellosidades coriales. 2) Ausencia de vasos sanguíneos en las vellosidades. 3) Proliferación del epitelio coriónico. (7)

2— EMBARAZO ECTOPICO:

El cuadro clínico clásico de esta entidad, difícilmente se presenta, sus signos y síntomas pueden confundirse fácilmente con aborto incompleto, principalmente durante el primer trimestre, durante el cual, la producción de hormonas placentarias aumentan en cantidades en la que puede existir un útero de tamaño adecuado para el período de amenorrea y consistencia semejante al de un embarazo intrauterino, la hemorragia vaginal puede ser leve o moderada, con dolor pélvico leve mientras no esté roto. (13,17,18,21)

Para poder diagnosticar esta entidad, es necesario una buena historia clínica y un examen ginecológico meticuloso, tratando de palpar una masa anexial unilateral, de dimensiones variables, dolorosa.

En caso de error diagnóstico con aborto incompleto, al realizar el legrado y enviar la muestra obtenida para examen patológico, éste nos informará una reacción decidual del endometrio, sin vellosidades corionicas, también puede informar la reacción de Arias Stella, aunque esta última no es patognomónica. En la reacción de Arias Stella, las glándulas endometriales exhiben actividad secretoria, el núcleo de su célula es irregular, agrandado e hiperchromático. (7)

3— CORIOCARCINOMA:

Este tumor, que evoluciona con suma agresividad, causando metástasis tempranas principalmente hacia pulmón, vagina, hígado, cerebro; es causado aproximadamente en un 40% a 50% después de abortos o gestaciones a término, sobre las posibilidades de que se presente es de 1 en 40 molas, 1 en 15,000 abortos y 1 en 150,000 partos. (2,14,16,22)

La sintomatología que pueda presentar, dependen del período de latencia, que puede ser de semanas hasta años.

Puede cursar con período de amenorrea, aumento moderado del útero y hemorragia vaginal, pudiendo confundirse con aborto incompleto.

Macroscópicamente los tejidos obtenidos por legrado, pueden ser erróneamente identificados como restos placentarios si no se ha pensado en la posibilidad de este problema.

El pronóstico de estas pacientes, es grave por su agresividad, por lo que hay que diagnosticarlo, tempranamente, ya que si se inicia el tratamiento adecuado, es posible curarlo en un 75% hasta un 90% de las pacientes.

Al examen patológico, se pueden observar microscópicamente, columnas de trofoblasto desorganizadas, ausencia del patrón de vellosidades coriales y anaplasia celular, afectando el citotrofoblasto. (7)

METRORRAGIAS:

Este término, se refiere al sangrado irregular del útero, que se presenta fuera del período menstrual y que obedece principalmente a dos causas, siendo ellas: 1— Anatómicas, 2— Funcionales.

CAUSAS ANATOMICAS:

POLIPOS ENDOMETRIALES:

Los pólipos endometriales grandes, pueden causar hemorragia vaginal, regularmente de tipo metrorrágico, en los que están formados por endometrio inmaduro, que no responden al estímulo de la progesterona. (9,16)

abot El cuadro clínico, puede confundirse con aborto incompleto, y su diagnóstico se realiza durante el legrado, aunque puede ser extraído en pedazos, siendo difícil su identificación. Microscópicamente, hay estroma y glándulas con dilatación quística. (7)

ENDOMETRITIS CRONICA:

Es un cuadro clínico que se puede ver después de embarazos a término o abortos, consistiendo en una acentuación de los caracteres morfológicos del emplazamiento placentario, el endometrio y miometrio están afectados, hay infiltraciones con células trofoblásticas en diversos grados de inflamación. (7,8,16)

Algunas pacientes presentan cuadros de metrorragias, dolor abdominal, siendo este debido posiblemente a involución afectada del útero, causando hemorragia y el dolor puede producirse por contracciones uterinas. (8,16)

ADENOCARCINOMA DEL CUERPO UTERINO:

Es la neoplasia más común de los procesos malignos del fondo uterino, siendo su frecuencia cerca del 90%. (3,7,10,16)

Alcanza su mayor incidencia a los 60 años, pero se ha observado en mujeres menores de 35 años.

Dentro de sus características clínicas, la más importante es la metrorragia, y a medida que avanza la neoplasia, hay aumento del tamaño uterino, existe cierto grado de reblandecimiento irregular de éste, y el cérvix lo podemos encontrar entreabierto (3,10)

Al realizar legrado, el material obtenido puede ser confundido con restos placentarios, debido a la hiperplasia endometrial existente, Microscópicamente, hay una hiperplasia adenomatosa, con caracte-

res atípicos, formaciones papilares y las células muestran grados diversos de inmadurez y diferenciación, y otros signos de anaplasia. (7,16)

MIOMAS SUBMUCOSOS:

El tumor uterino benigno más común, es el mioma, son de origen muscular. Los miomas submucosos se desarrollan inmediatamente debajo del endometrio, siendo estos el 50% del total.

Los signos y síntomas que se pueden observar son variados, encontrándose principalmente metrorragias, especialmente si es pedunculado, y dependiendo del tamaño, puede causar aumento del útero y dolor. (3,11,16)

Su estructura microscópica, consiste en células musculares lisas, con o sin endometrio. (7)

SARCOMA DEL UTERO:

El sarcoma del útero, es poco frecuente pero grave por sus tendencias a dar metástasis tempranas, principalmente a pulmones e hígado. (12,16)

Puede originarse de cualquiera de los elementos del tejido conectivo del útero, por ejemplo, el sarcoma de endometrio catalogado como muy maligno. Esta enfermedad, afecta a mujeres de mediana edad, siendo más frecuente cuando más cerca del período menopáusico se encuentren.

Los síntomas y signos más comunes son metrorragias, crecimiento uterino y dolor abdominal. (3,12)

El sarcoma endometrial, macroscópicamente da la apariencia

de un pólipos, y microscópicamente, hay proliferación intensa de los elementos del estroma, con pérdida de las glándulas del endometrio, existe hiperchromatosis nuclear intensa y actividad mitótica. (7). El pronóstico es grave, sin tratamiento es fatal en 18 meses y con tratamiento un 180/o tiene una sobrevida de 5 años. (3)

TUMORES DEL OVARIO:

SINDROME DE STEIN LEVENTAL

Está caracterizado, por crecimiento ovárico poliquístico bilateral, amenorrea secundaria, cuadros de metrorragias y esterilidad. Algunas pacientes manifiestan hirsutismo y obesidad. (1,8,16)

En ovarios, hay persistencia de folículos sin romper, ausencia de cuerpos amarillos, causando una estimulación estrogénica intensa, lo que produce una hiperplasia del endometrio. Cursa con ciclos anovulatorios. (7,8). Al diagnosticarse este cuadro, el tratamiento consiste en, resección en cuña de ambos ovarios y administración de clomifeno. (1,8)

METROPATIA HEMORRAGICA:

El cuadro clínico de esta entidad, se caracteriza principalmente por metrorragias, que pueden ser leves hasta profusas. Se presenta en pacientes jóvenes y premenopáusicas con ausencia de cuerpos amarillos funcionales, existiendo una estimulación persistente de estrógenos, causando una hiperplasia endometrial, lo que puede ser causado por maduración hipotalámica tardía, asincrónica o anormal, con la hormona estimulante del folículo baja, ausencia de hormona luteinizante y progesterona. (4,6,15). Microscópicamente, se encuentra, hiperplasia endometrial con imagen no secretoria, demostrando anovulación. (7)

El tratamiento difiere en las pacientes jóvenes y premenopáusicas. En las pacientes jóvenes, se regula el ciclo, hormonalmente. En cambio, en las pacientes premenopáusicas, debe realizarse legrado y enviar la muestra a examen patológico, ya que podría tratarse de un proceso neoplásico.

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL:

El cuadro clínico de esta entidad, se caracteriza principalmente por metrorragias, pudiéndose ver en cualquier época de la vida de la mujer. La hiperplasia endometrial, depende principalmente de una persistente estimulación estrogénica, con ausencia de cuerpos amarillos funcionales y de progesterona, provocando ciclos anovulatorios. (7,9,16)

La hiperplasia endometrial, más que un cuadro clínico, es una definición anatopatológica, ya que puede producirla cualquier entidad que provoque, modificaciones en la producción de hormonas esteroideas por parte del ovario. (7,9). Puede ser precursora de procesos neoplásicos, principalmente adenocarcinoma del cuerpo uterino, (3,16) aunque es discutido, se ha visto que algunos procesos neoplásicos han sido precedidos por ésta en alguna época de la vida. (7,10). La hiperplasia, se ha clasificado en tres tipos a saber:

HIPERPLASIA QUISTICA:

Denota crecimiento y grosor excesivos del endometrio, y por la disposición glandular que presenta, se le ha denominado tipo de queso de Gruyere, ya que hay disparidad en el tamaño de los conductos de las glándulas, los que pueden ser de diferentes tamaños, algunos quísticas y grandes, y otros pequeños, revestidos de epitelio no secretorio su curso es benigno. (7,9,16)

Al realizar legrado, el endometrio puede dar la apariencia de ser restos placentarios, por lo que es conveniente mandar siempre el tejido obtenido a examen patológico.

HIPERPLASIA ADENOMATOSA E HIPERPLASIA ATÍPICA:

Las dos se caracterizan, por proliferación anormal endometrial, que resulta en aumento del número de glándulas y en cuadros atípicos de crecimiento glandular. Las dos anomalías pueden ocurrir durante cualquier etapa de la edad reproductiva de la mujer, y con frecuencia es posible observar en pacientes que después presentan procesos neoplásicos, asociándose más la hiperplasia atípica. (7,10,16). El diagnóstico diferencial entre las dos, se funda en el carácter ordenado del epitelio que reviste las glándulas. (7)

El cuadro clínico que presentan ambas anomalías, está caracterizado principalmente por metrorragias, que pueden presentar abundante hemorragia vaginal. (9,15,16)

Al realizar el legrado, macroscópicamente el tejido obtenido puede ser confundido con restos placentarios y el diagnóstico nos lo dará el estudio patológico, dependiendo de éste, el tratamiento y seguimiento adecuado de la paciente.

MATERIAL Y METODOS

Esta investigación se realizó en la Unidad de Legrados del departamento de Obstetricia Hospital Roosevelt durante los meses de junio a agosto de 1985, se tomaron 200 pacientes que ingresaron al servicio con impresión clínica de aborto incompleto, se excluyeron del estudio aquellas pacientes que ingresaron con aborto inevitable en curso, retención placentaria o algún diagnóstico diferencial relacionado con el estudio.

Fueron enviadas muestras a examen patológico del tejido obtenido de cada legrado uterino instrumental realizado, siendo procesadas y analizadas por médico patólogo del Hospital Roosevelt. Se realizó una correlación de los datos obtenidos de las impresiones clínicas de ingreso y post-legrado con el informe de patología y en base a estos datos se realizó el diagnóstico de las pacientes.

PRESENTACION DE RESULTADOS

EDAD DE PACIENTES INVESTIGADAS.

EDAD	No.	o/o
15	3	1.5
16 - 20	24	12.0
21 - 25	47	23.5
26 - 30	58	29.0
31 - 35	35	17.5
36 - 40	23	11.5
41 - 45	7	3.5
46 -	3	1.5
TOTAL	200	100

CUADRO No. 1

GESTAS	No.	<i>o/o</i>
0	25	12.5
1 - 3	95	47.5
4 - 6	51	25.5
7 - +	29	14.5
TOTAL	200	100

CUADRO No. 2

PARTOS	No.	<i>o/o</i>
0	27	13.5
1 - 3	127	63.5
4 - 6	32	16.0
7 - +	14	7.0
TOTAL	200	100

CUADRO No. 3

ABORTOS	No.	<i>o/o</i>
0	149	74.5
1	35	17.5
2	9	4.5
3	5	2.5
+ 3	2	1.0
TOTAL	200	100

CUADRO No. 4

DOLOR ABDOMINAL AL INGRESO.

DOLOR	No.	<i>o/o</i>
SI	175	87.5
NO	25	12.5
TOTAL	200	100

CUADRO No. 5

FIEBRE AL INGRESO.

FIEBRE	No.	<i>o/o</i>
SI	10	5
NO	190	95
TOTAL	200	100

CUADRO No. 6

HEMORRAGIA VAGINAL AL INGRESO.

CANTIDAD	No.	<i>o/o</i>
LEVE	79	39.5
MODERADA	119	59.5
SEVERA	2	1.0
NO	0	0
TOTAL	200	100

CUADRO No. 7

HEMORRAGIA VAGINAL AL INGRESO.

DURACION DIAS	No.	<i>o/o</i>
< 1	40	20.0
1 - 5	139	69.5
5 - 10	13	6.5
10 -	8	4.0
TOTAL	200	100

CUADRO No. 8

IMPRESION CLINICA DE INGRESO

CLASIFICACION AB.	No.	%
OVULAR	60	30
EMBRIONARIO	131	65.5
FETAL	9	4.5
TOTAL	200	100

CUADRO No. 9

IMPRESION CLINICA POST-LEGRADO

CLASIFICACION AB.	No.	%
OVULAR	51	25.5
EMBRIONARIO	121	60.5
FETAL	9	4.5
OTRAS CAUSAS	19	9.5
TOTAL	200	100

CUADRO No. 10

**IMPRESION CLINICA POST-LEGRADO POR CAUSA
DIFERENTE A LA DE INGRESO.**

CAUSA	No.	%
HEMORRAGIA DISFUNCIONAL	2	1.0
METRORRAGIA DE ETIOLOGIA ?	14	7.0
ABORTO MAS LESION DEL CERVIX	1	0.5
ABORTO MAS LEIOMIOMA DE CERVIX	1	0.5
MENSTRUACION	1	0.5
TOTAL	19	9.5

CUADRO No. 11

CORRELACION DE IMPRESION CLINICA DE INGRESO Y POST-LEGRADO DIFERENTE A IMPRESION CLINICA DE INGRESO Y DIAGNOSTICO PATOLOGICO.

IMPRESION CLINICA INGRESO	No.	%	IMPRESION CLINICA POST-LEGRADO	No.	%	DIAGNOSTICO PATOLOGICO	No.	%
ABORTO OVULAR	60	30	ABORTO OVULAR	51	25.5	ABORTO OVULAR	43	21.5
ABORTO EMBRIONARIO	131	65.5	ABORTO EMBRIONARIO	121	60.5	ABORTO EMBRIONARIO	114	57
ABORTO FETAL	9	4.5	ABORTO FETAL	9	4.5	ABORTO FETAL	9	4.5
TOTAL	200	100	TOTAL	181	90.5	TOTAL	166	83

CUADRO No. 12

CORRELACION DE IMPRESION CLINICA POST-LEGRADO DIFERENTE A IMPRESION CLINICA DE INGRESO Y DIAGNOSTICO PATOLOGICO.

IMPRESION CLINICA INGRESO	No.	IMPRESION CLINICA POST-LEGRADO	No.	DIAGNOSTICO PATOLOGICO	No.	%		
A O		M E		Aborto	3	1.5		
B V		T R		Endocervicitis Crónica	2	1.0		
O U		O R		Endometritis aguda y crónica	1	0.5		
R L		R A		Menstruación	1	0.5		
T A		G I		Endometritis Crónica	1	0.5		
O R	9	I A	9	Sangre y fibrina	1	0.5		
A E		METRORRAGIA		Aborto	4	2.0		
B M			5	Endocervicitis Crónica	1	0.5		
O B				Aborto	1	0.5		
R R				HEMORRAGIA DISFUNCIONAL	2	Endometritis Crónica	1	0.5
T I				Aborto+Leiomoma Cervical	1	Leiomioma	1	0.5
O N				Menstruación	1	Endocervix normal	1	0.5
A R				Aborto+lesion de cérvix	1	CARCINOMA EPIDERMOIDE CERVIX	1	0.5
I O	10							
TOTAL	19		19		9	9.5		

CUADRO No. 13.

**CORRELACION DE IMPRESION CLINICA DE INGRESO Y POST-LEGRADO
DE ABORTO Y DIAGNOSTICO PATOLOGICO DIFERENTE.**

IMPRESION CLINICA DE INGRESO			IMPRESION CLINICA POST-LEGRADO			DIAGNOSTICO PATOLOGICO		
	No.	o/o		No.	o/o		No.	o/o
A O			A O			No se encontró tejido para estudio	4	2
B V			B V			Menstruación	3	1.5
O U			O U			Endocervicitis		
R L			R L			aguda	1	0.5
T A			T A			No se encontró tejido para estudio	3	1.5
O R			O R			Menstruación	2	1.0
	8	4		8	4	Endometritis Crónica	1	0.5
A E			A E			Endocervicitis Crónica		
B M			B M			CARCINOMA EPIDERMOIDE CERVICAL	1	0.5
O B			O B			Leiomioma	1	0.5
R R			R R			Endocervix normal	1	0.5
T I			T I			Endocervicitis aguda	1	0.5
O O			O O			Endometritis crónica y aguda	1	0.5
N A			N A			TOTAL	34	17.00
A R			A R					
I	7	3.5	I O	7	3.5			
TOTAL	15	7.5	TOTAL	15	7.5	TOTAL	15	7.5

CUADRO No. 14

**RESUMEN DE DIAGNOSTICOS PATOLOGICOS ENCONTRADOS
DIFERENTES A LA IMPRESION CLINICA.**

DIAGNOSTICO PATOLOGICO	No.	o/o
No se encontró tejido para estudio.	8	4
Aborto	8	4
Endocervicitis crónica	4	2
Menstruación	6	3
Endometritis crónica	3	1.5
CARCINOMA EPIDERMOIDE CERVICAL	1	0.5
Leiomioma	1	0.5
Endocervix normal	1	0.5
Endocervicitis aguda	1	0.5
Endometritis crónica y aguda	1	0.5
TOTAL	34	17.00

CUADRO No. 15

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

En el presente estudio, se tomó en cuenta a pacientes con impresión clínica de ingreso de aborto incompleto, correlacionando las impresiones clínicas de ingreso y post-legrado con el informe de anatomía patológica del tejido obtenido durante la realización de legrado uterino instrumental. Se encontró que existe un margen de error diagnóstico entre el informe patológico y las impresiones clínicas de ingreso y post-legrado de 17 o/o.

En los cuadros No. 9, 10, 12, 13, podemos observar que la impresión clínica de ingreso de aborto ovular es de 60 pacientes, en la impresión clínica post-legrado, disminuyó a 51 pacientes, y fue hecho el diagnóstico patológico en 43 pacientes, la impresión post-legrado en 9 pacientes con aborto ovular a su ingreso cambió por metrorragia, y el diagnóstico patológico en estas fue de: aborto en 3 pacientes, endocervicitis crónica en 2 pacientes y 1 paciente en los siguientes, endometritis aguda y crónica, menstruación, endometritis crónica y sangre y fibrina.

En 8 pacientes, la impresión clínica de ingreso y post-legrado fue de aborto ovular, y el diagnóstico patológico fue diferente siendo así, en 4 pacientes, la muestra enviada a patología no se encontró tejido para estudio, en 3 pacientes se diagnosticó menstruación, y en 1 paciente endocervicitis aguda, haciendo un total de 17 pacientes.

Como podemos ver en las pacientes que ingresaron con impresión clínica de aborto incompleto ovular, el diagnóstico patológico, en relación tanto a la impresión clínica de ingreso como post-legrado, demostró un error diagnóstico de 8.5 o/o, pudiendo atribuirse a una historia clínica y un examen físico inexactos.

En los cuadros No. 10, 11, 12, 13, 14, se puede observar que, la impresión clínica de ingreso de aborto embrionario, es de 131 pacien-

tes, disminuyó en la impresión clínica post-legrado a 121 pacientes, y se diagnosticaron patológicamente 114 pacientes.

Se encontró un grupo de 7 pacientes, en las que la impresión clínica de ingreso y post-legrado coincidió, en aborto embrionario, pero el diagnóstico patológico fue diferente, siendo las causas las siguientes, en 3 pacientes, no había tejido para estudio en la muestra enviada, en 2 pacientes se diagnosticó menstruación, y en 1 paciente endocervicitis crónica, por último, 1 paciente con endometritis crónica. Como podemos apreciar, el diagnóstico patológico en estas pacientes, también demostró un error diagnóstico en relación a la impresión clínica tanto de ingreso como post-legrado de 3.5 o/o.

Se observa también un grupo de 10 pacientes, en las que la impresión clínica post-legrado fue diferente a la de ingreso, por diferentes causas, las que se mencionan a continuación, con su diagnóstico patológico: En 5 pacientes la impresión clínica postlegrado fue de metrorragia de et.?, de éstas, 4 pacientes se diagnosticaron patológicamente como abortos, y en 1 paciente endocervicitis crónica. En 2 pacientes la impresión clínica post-legrado fue de hemorragia disfuncional, el diagnóstico patológico en 1 paciente fue de aborto y en la otra, endometritis crónica. En 1 paciente la impresión clínica post-legrado fue de menstruación y el diagnóstico patológico fue de, endocérvix normal.

Se encontró 1 paciente, que además de la impresión clínica post-legrado de aborto embrionario, se asoció el diagnóstico de LEIOMIOMA CERVICAL, patológicamente fue diagnosticado LEIOMIOMA.

También en estas pacientes, el diagnóstico patológico en relación a la impresión clínica de ingreso y post-legrado, demostró un error diagnóstico de 8.5 o/o.

El presente estudio, fue realizado con la finalidad de demostrar

la importancia que tiene el diagnóstico patológico en las pacientes que ingresan con impresión clínica de aborto incompleto, ya que existen entidades que presentan cuadro clínico similar, y las cuales solamente pueden ser diagnosticadas por examen patológico, y en algunas es necesario iniciar lo más tempranamente posible el tratamiento adecuado y específico, ya que el pronóstico empeora cuando más tarde se identifiquen, éstas se pueden presentar en cualquier momento.

En el CUADRO No. 13 se observa, que lo anteriormente mencionado ocurre; vemos 1 paciente que ingresó con impresión clínica de aborto embrionario, en la impresión clínica post-legrado además de aborto embrionario, se agregó lesión del cérvix, el diagnóstico patológico nos reveló, CARCINOMA EPIDERMOIDE DEL CERVIX, NO QUERATINIZANTE, NO TEJIDO ENDOMETRIAL. Este problema se identificó durante la obtención de los datos que fueron necesarios para llevar a cabo éste estudio, ya que clínicamente no fue sospechado, logrando que la paciente fuera localizada y citada, presentándose a consulta externa del departamento de obstetricia, donde fue referida al INCAN para su tratamiento.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio y presentados anteriormente, se demuestra aquí la importancia que tiene el estudio anatomo patológico, aún en casos que clínicamente parecen ser un aborto incompleto, estudio éste que no se ha realizado rutinariamente en nuestros hospitales, posiblemente debido a los recursos limitados con que se cuenta.

CONCLUSIONES:

1. Existe un 17 o/o de margen de error diagnóstico en las pacientes ingresadas a la Unidad de Legrados con impresión clínica de aborto incompleto, cuando dicho diagnóstico solo se basa en la historia clínica y el examen físico.
2. El estudio anátomo-patológico, es de gran valor diagnóstico ya que no sólamente nos podría confirmar la impresión clínica de aborto, sino que también nos puede identificar otras entidades que suelen pasar inadvertidas, sin este estudio.

RECOMENDACIONES:

1. Que todas las muestras de tejido obtenidos durante el Legrado Uterino, sean enviados para examen anatómo patológico.
2. Mejorar los criterios diagnósticos de ingreso de las pacientes a la Unidad de Legrados.

RESUMEN:

El estudio: aborto incompleto, correlación clínico anatómopatológico, pretendió demostrar el valor diagnóstico que tiene el informe patológico en pacientes ingresadas a Unidad de Legrados del departamento de obstetricia del Hospital Roosevelt con impresión clínica de aborto incompleto, se analizaron 200 pacientes durante los meses de junio a agosto de 1985.

Los resultados obtenidos nos demuestran que el informe patológico es de gran valor diagnóstico, ya que correlacionando las impresiones clínicas de ingreso y post-legrado, de aborto incompleto con el informe patológico hubo error diagnóstico en 17 o/o de las pacientes estudiadas, encontrando diversa patología e incluso un caso de CARCINOMA EPIDERMOIDE DEL CERVIX NO QUERATINIZANTE.

Se logró de esta investigación, determinar la gran importancia que tiene el estudio anatómo-patológico de estos casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Benson, R.C. *Manual de ginecología y obstetricia* 9ed. México, Manual Moderno, 1981. 764p. (pp. 611-612)
2. Benson, R.C. *Complicaciones obstétricas del embarazo y del parto*. En su: *Manual de ginecología y obstetricia*. 9ed. México, Manual Moderno, 1981. 764p. (pp. 230-264).
3. Benson, R.C. *Enfermedades del útero*. En su: *Manual de ginecología y obstetricia*. 9ed. México, Manual Moderno, 1981. 764p. (pp. 556-575).
4. Benson, R.C. *Anormalidades de la menstruación, anorexia nerviosa*. En su: *Manual de ginecología y obstetricia*. 9ed. México, Manual Moderno, 1981. 764p. (pp. 639-649).
5. Benson, R.C. *Procedimientos ginecológicos*. En su: *Manual de ginecología y obstetricia*. 9ed. México, Manual Moderno, 1981, 764p. (pp. 719-722).
6. Christy, N.P. *Enfermedades del sistema endocrino*. En: Cecil, R.L. y R. Loeb. *Tratado de medicina interna*. 14ed. México, Interamericana, 1977. t2(pp. 2107-2108).
7. Marcuse, P.M. *Diagnostics pathology in gynecology and obstetrics*. New York, Harper, 1966. 528p. (pp. 135, 137-147, 151-157, 176, 180-183, 232-241, 242-250, 251-257).
8. Novak, E.R. et al. *Tratado de ginecología*. 9ed. México, Interamericana, 1977. 794p. (pp. 105-106, 398-399, 437-441, 623-629, 641-643).
9. Novak, E.R. et al. *Hiperplasia de endometrio y pólipos endometriales*. En su: *Tratado de ginecología*. 9ed. México Interamericana, 1977. 794p. (pp. 309-322).

10. Novak, E.R. et al. Adenocarcinoma del cuerpo del útero. En su: *Tratado de ginecología*. 9ed. México, Interamericana, 1977. 794p. (pp. 323-351).
11. Novak, E.R. et al. Mioma uterino. En su: *Tratado de ginecología*. 9ed. México, Interamericana, 1977. 794p. (pp. 352-365).
12. Novak, E.R. et al. Sarcoma del útero. En su: *Tratado de ginecología*. 9ed. México, Interamericana, 1977. 794p. (pp. 375-383).
13. Novak, E.R. et al. Embarazo ectópico. En su: *Tratado de ginecología*. 9ed. México, Interamericana, 1977. 794p. (pp. 551-569).
14. Novak, E.R. et al. Enfermedad trofoblástica. En su: *Tratado de ginecología*. 9ed. México, Interamericana, 1977. 794p. (pp. 571-601).
15. Novak, E.R. et al. Hemorragia uterina anormal. En su: *Tratado de ginecología*. 9ed. México, Interamericana, 1977. 794p. (pp. 667-685).
16. Robbins, S. *Patología estructural y funcional*. México, Interamericana, 1975. 1516p. (pp. 1159-1161, 1178, 1182-1186, 1187-1192, 1195-1196, 1210-1217).
17. Rogge, P.T. Spontaneous abortion. En: Niswander, K.R. *Manual of obstetrics: diagnosis and therapy*. Boston, Little Brown, 1980. 435p. (pp. 189-199).
18. Schwarcz, R. et al. *Obstetricia*. 3ed. Buenos Aires, Ateneo, 1977. 944p. (pp. 471-475, 488-519, 760-761).
19. Temple, E.H. *Ectopic pregnancy*. En: Niswander, K.R. *Manual of obstetrics: diagnosis and therapy*. Boston, Little Brown, 1980. 435p. (pp. 201-211).
20. Pritchard, J.A. y P.C. MacDonald. Desarrollo morfológico y funcional del feto. En su: *Williams obstetricia*. 3ed. México Salvat, 1980. 967p. (pp. 145-148).
21. Pritchard, J.A. y P.C. MacDonald. Embarazo ectópico. En su: *Williams obstetricia*. 3ed. México, Salvat, 1980. 967p. (pp. 425-437).
22. Pritchard, J.A. y P.C. MacDonald. Enfermedades y anomalías de la placenta y de las membranas fetales. En su: *Williams obstetricia*. 3ed. México, Salvat, 1980. 967p. (pp. 445-457).
23. Pritchard, J.A. y P.C. MacDonald. Aborto. En su: *Williams obstetricia*. 3ed. México Salvat, 1980. 967p. (pp. 474-505).

no Br Estudiando el

ANEXOS:

HOSPITAL ROOSEVELT.

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA.

UNIDAD DE LEGRADOS.

**ESTUDIO: ABORTO INCOMPLETO, CORRELACION CLINICO
ANATOMOPOATOLOGICA.**

Nombre: _____ **Registro clínico** _____

Edad: _____ **Gestas:** _____ **Partos:** _____ **Abortos:** _____

Fecha de última regla: _____

Hemorragia vaginal: _____ **Leve:** _____ **Moderada:** _____ **Severa:** _____

Tiempo de presentarla: _____ **Horas:** _____ **Días:** _____

Dolor: **SI:** **NO**

Fiebre: **SI** **NO**

Impresión clínica de ingreso:

Impresión clínica Post-legrado:

Informe de anatomía patológica: _____ **Registro:** _____

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS
DE LA SALUD
(C I C S)

CONFORME:

Dr.

Dr. Gustavo A. Díaz G.
Medico y Cirujano
Cedula No. 2117

Batista

SATISFECHO:

Dr.

Dr. JOSE ORLANDO ESCOBAR JIKA
Medico y Cirujano
Cedula No. 2306

REVISOR.



ROBADO:

DIRECTOR DEL CICS



Guatemala, 20 de setiembre de 1985

Dr. Mario Rene Moreno Cambara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

conceptos expresados en este trabajo
responsabilidad únicamente del Autor.
lamento de Tesis, Artículo 23).