

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FRECUENCIA DE FIBROMATOSIS UTERINA

Estudio descriptivo realizado en el Hospital Nacional
Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, en mujeres atendidas en
el Departamento de Ginecología durante los meses de Enero de 1990 a
Diciembre de 1995.

CLAUDIA MAGALI ORTEGA PELLECEER

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE DE CONTENIDOS

TITULO Y SUBTITULO

I	INTRODUCCION	1
II	DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III	JUSTIFICACION	3
IV	OBJETIVOS	4
V	REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI	MARCO METODOLOGICO	12
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS	16
VIII	ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	32
IX	CONCLUSIONES	36
X	RECOMENDACIONES	37
XI	RESUMEN	38
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
XIII	ANEXOS (boleta de recolección de datos)	42

I INTRODUCCION

El mioma es un tumor miometrial benigno; también conocido como leiomioma o fibroma. Son la causa de aproximadamente 10% de los problemas ginecológicos; principalmente a las mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida.

Normalmente crecen sólo durante los años reproductivos, cuando pueden producir una gama amplia de problemas, que van desde la infertilidad hasta la hemorragia.

Se estima que la transformación maligna o liomiosarcoma es solamente un 1% de los miomas.

El presente trabajo es un estudio retrospectivo descriptivo, que demuestra que el mioma uterino sigue presentándose entre la tercera y cuarta década de la vida y la raza ladina (58.42%) es la más afectada, encontrándose una prevalencia de 68 * 1,0 por 1000 en la población estudiada. La investigación se realizó por medio de revisión de expedientes clínicos de enero de 1990 a diciembre de 1995.

II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La fibromatosis uterina, conocida también como miomatosis y leiomiomatosis uterina, es un tumor miometrial, benigno, esferoide, de color rosado y consistencia firme; está constituido por músculo liso y tejido conjuntivo. Se presenta frecuentemente en mujeres en edad reproductiva, rara vez antes de los 18 años de edad. Ocurriendo en 20% de mujeres después de los 35 años. (3,6).

La fibromatosis uterina es más común en las mujeres negras (50%), y menos frecuente en las mujeres blancas (25%), suele presentarse algo más frecuente en las nulíparas. Constituyeron el diagnóstico preoperatorio en 30% de histerectomías realizadas por indicaciones no oncológicas y se identificaron miomas en 42% de todos los especímenes anatomopatológicos. Aunque son las neoplasias ginecológicas más comunes suelen ser asintomáticas y benignas, estimándose que la transformación maligna se produce en menos de 0.5% de las fibromatosis. Por lo general son múltiples, discretas y esféricas, pero en ocasiones tienen lobulaciones irregulares. (1,2,4)

Considerando que la etiología de esta enfermedad es desconocida hay pruebas de que cada leiomioma individual es de origen unicelular. Sabiéndose que aumentan a veces de tamaño con terapéutica de estrógenos y durante el embarazo. Además disminuyen de tamaño y aun llegan a desaparecer después de la menopausia. (1)

Durante el presente estudio se trato de establecer principalmente la frecuencia de fibromatosis uterina. Dicho trabajo se realizó en forma retrospectiva, recopilando datos ginecológicos de los expedientes clínicos en una boleta diseñada específicamente para el estudio.

III JUSTIFICACION

De las entidades patológicas que afectan el útero las hay de tipo benigno y maligno; interesándonos en la presente investigación los procesos benignos, que sufre el mismo, como lo es la fibromatosis uterina, la cuál constituye un 10% de los problemas ginecológicos (1).

Tomando en cuenta que ésta es una entidad que se presenta con gran frecuencia en mujeres en edad reproductiva, según literatura extranjera, empero en nuestro país no se le ha dado la importancia que amerita; debido a que no se cuenta con estudios recientes que revelen la frecuencia de esta entidad, ya que el evidenciarlo como tal, nos permite brindar un aporte en el cuidado y bienestar de la mujer que está expuesta a padecer esta patología. (2).

Razón por la cuál me he interesado en la realización de esta investigación, para enriquecer de esta manera los estudios epidemiológicos en nuestro país.

IV OBJETIVOS:

GENERAL:

Cuantificar la prevalencia con que se manifiesta la fibromatosis uterina en pacientes que consultaron al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

ESPECIFICOS:

1. Cuantificar la frecuencia con que se presenta esta entidad patológica en el período estudiado.
2. Identificar cuál es la causa más frecuente de consulta, en esta entidad patológica.
3. Describir cuál es el tipo de tratamiento que en el Hospital Nacional Pedro Bethancourt se brinda a estas pacientes.
4. Identificar qué grupo étnico es el más afectado.
5. Identificar qué grupo étnico es el más afectado.
6. Identificar el método diagnóstico más utilizado.
7. Cuantificar el número de casos que se confirmaron por patología.

V REVISION BIBLIOGRAFICA

Consideraciones Generales

El mioma es un tumor miometrial benigno, esferoide, de color rosado y consistencia firme; está constituido por músculo liso y tejido conjuntivo. También son conocidos como leiomiomas y fibromas. Son causa de aproximadamente 10% de los problemas ginecológicos y de por lo menos 1/3 de los ingresos ginecológicos en los hospitales. Se estima que están presentes en 20 a 25% en mujeres en edad reproductiva, son de 3 a 9 veces más frecuentes en las mujeres negras que en las caucásicas. No son detectables antes de la pubertad y normalmente crecen sólo durante los años reproductivos, cuando pueden producir una gama amplia de problemas, que van desde la infertilidad hasta la hemorragia.(1,2,10)

Son más comúnmente múltiples y pueden alcanzar proporciones enormes, con peso mayor de 45 kilos. Se estima que la transformación maligna o liomiosarcoma se produce en menos de 0.5% de los miomas.(1)

Aunque son las neoplasias pélvicas ginecológicas más comunes, suelen ser asintomáticas.(1)

PATOGENIA:

Los estrógenos estimulan el crecimiento de los mismos. Después de la menopausia requieren para su estimulación mayores cantidades de estrógenos que de elementos funcionales, además, disminuyen de tamaño y aun llegan a desaparecer después de la menopausia.(1,2,3,4,5,9)

PATOLOGIA:

Los miomas tienen una cubierta capsular falsa, se encuentran delimitados claramente del miometrio circunvecino y pueden ser enucleados limpia y fácilmente del tejido circundante. En el útero miomatoso puede haber un nódulo solitario o bien nódulos múltiples que varían de tamaño desde proporciones microscópicas hasta tumores enormes con peso mayor de 50 kilos.(1,2,3,5,6,9,10)

Los leiomiomas, aparezcan donde aparezcan son masas bien delimitadas, por lo general redondas, no encapsuladas, duras, de color blanco grisáceo, que en la superficie de corte presentan un aspecto arremolinado característico. Muy rara vez afectan a ligamentos uterinos, segmento uterino inferior, o cérvix.(1,3,5,6,9,10)

CLASIFICACION:

Los miomas uterinos se clasifican de acuerdo con su localización anatómica:

- Intersticial o Intramural: Nacen del interior de la pared uterina dándole una consistencia variable.
- Submucosos: Son los que se producen abajo del endometrio y tienden a comprimirlo a medida que se desarrollan hacia la luz uterina. Pueden desarrollar pedículos o hacer procidencia por completo en el interior de la cavidad e inclusive pasar a través del conducto cervical mientras se encuentran todavía unidos al cuerpo uterino por un tallo largo.
- Subserosos o Subperitoneales: Pueden hallarse justo en la superficie serosa del útero o pueden aparecer hacia el exterior saliendo del miometrio.(1,2,3,7,9,16,18).

CAMBIOS SECUNDARIOS:

Los cambios de los miomas a menudo crean patrones tisulares interesantes. Pueden haber zonas de hialinización, licuefacción (degeneración quística), calcificación, hemorragia, grasa o inflamación.

1. Degeneración Benigna:

Esta es de los siguientes tipos:

- a. Atrófica
- b. Hialina
- c. Quística
- d. Cálctica (calcárea)
- e. Séptica
- f. Carnosa (roja)
- g. Mixomatosa (grasa)

2. Transformación maligna.(1,2,3,4,5,7,8,9,16,17,18).

CARACTERISTICAS CLINICAS;

Las pacientes con miomas uterinos pueden estar asintomáticas, incluso cuando son muy grandes, ya que crecen muy lentamente y las vísceras abdominales sufren una acomodación gradual a la tumoración creciente. Los síntomas dependen de su localización, tamaño y estado de preservación y de si la paciente está o no está embarazada. Se estima que en 35-50% de las pacientes hay síntomas.(1,2,6,7,8,9,12,14,16,18,19).

1. SITIO DEL TUMOR:

Los tumores intramurales subserosos o intraligamentarios, pueden distorsionar o destruir otros órganos y causar dolor o sangrado.

Los tumores submucosos alcanzan gran tamaño y consiguen desplazar las vísceras vecinas.

Los miomas intramurales pueden obstaculizar el retorno venoso lo cual da como resultado éstasis, un cambio del drenaje venoso y un flujo más intenso.

Entre los signos y síntomas que presentan las pacientes se encuentran:

- Hemorragia endometrial anormal (30%).

- Dolor

- Efectos de la presión

- Flujo Vaginal

- Dispareunia

- Esterilidad

- Aborto espontáneo

- Menorragia

- Anemia Secundaria a la pérdida de sangre

- Distorsión, dilatación y elongación de las glándulas endometriales en la pared opuesta al mioma y en el endometrio a lo largo de su margen.
(1,2,3,4,5,6,7,9,10,15,18,20).

CONDICIONES CLINICAS DE LA PACIENTE:

En las mujeres no embarazadas, los miomas pueden causar problemas o no; sin embargo, en 25% de los casos ocurre sangrado uterino anormal. Algunas pacientes se quejan de plenitud o pesantez pélvica antes o después del embarazo, los miomas pueden causar presión y distensión pélvica (por el tamaño y el peso excesivo del tumor), Polaquiuria, Menometrorragia, constipación, quistes de retención. (6,7,8,9,10,14,17,18).

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico presuntivo de mioma se hace mediante palpación abdominal bimanual al encontrar un útero aumentado de tamaño y con forma irregular. En ocasiones un útero sano pero con retroflexión, puede confundirse con un mioma de la pared posterior que se proyecta hacia el fondo de saco.

Las tumoraciones neoplásicas o inflamatorias del ovario o del intestino pueden adherirse al útero provocando crecimiento de éste.

Cuando el cuello uterino es desplazado hacia arriba detrás de la sínfisis del pubis generalmente hay grandes fibromas. (1,3,10,18).

DATOS DE LABORATORIO:

Se puede presentar anemia como resultado de hemorragia uterina excesiva y baja de las reservas de hierro. Algunas pacientes presentan eritrocitosis. Se ignora la causa pero el hematocrito retorna a valores normales después de la extirpación del útero.

Se han informado cifras elevadas de eritropoyetina en una paciente con leiomioma.

Puede haber leucocitosis y elevación de la eritrosedimentación en los casos de degeneración aguda de infección. Puede haber fiebre si los miomas se infectan.

Los tumores grandes típicamente aparecen como masas de tejido blando en las radiografías de la pelvis y el abdomen inferior; sin embargo, la atención a veces se enfoca a un mioma por la calcificación dentro del tumor.

Urografía intravenosa es útil debido a que con frecuencia revela desviación uretral.

EXAMENES ESPECIALES:

Histerografía
Histeroscopia
Sonografía pélvica
Resonancia Magnética
Histerosalpingograma. (6,7,8,9,11,13,16,17,)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Carcinoma ovárico
— Miosis del estroma endolinfático
Absceso tubárico
Endometriosis
Quistes ováricos
Adenomiosis
Hipertrofia del miometrio
— Adenocarcinoma del endometrio o de trompa uterina
Sarcomas uterinos
Hiperplasia
Cervicitis
— Estenosis cervical (6,7,8,9,16).

COMPLICACIONES:

a. MIOMAS Y EMBARAZO:

Durante el segundo y tercer trimestre del embarazo los miomas pueden aumentar de tamaño por edema o hemorragia y los cambios degenerativos pueden conducir a dolor e hipersensibilidad localizados.

Durante el trabajo de parto los miomas pueden producir inercia uterina, distocia fetal, o bloqueo del conducto del parto y en el puerperio hemorragia.

b. EN MUJERES NO EMBARAZADAS

La complicación más frecuente de los miomas es hemorragia intensa con anemia grave. Es menos frecuente la obstrucción urinaria o intestinal a causa de miomas muy grandes. (6,7,8,9,16,17,18).

TRATAMIENTO

La elección depende de la edad de la paciente, su paridad, presencia o no de embarazo, el deseo de futuros embarazos o su salud general. Los síntomas que refiere así como las dimensiones, la localización y el estado de conservación de los leiomiomas.

a. Medidas de Urgencia:

Pueden ser necesarias las transfusiones de sangre para corregir la anemia.

b. Medidas Específicas:

1. En mujeres no embarazadas:

En la mayoría de las enfermas, los miomas no requieren tratamiento, en particular si no hay síntomas o la mujer es posmenopáusicas. La sola presencia de miomas no es dato indicativo de intervención, la paciente asintomática puede vigilarse cada 6 meses para descartar la posibilidad de crecimiento rápido.

Se emplea el tamaño uterino como una indicación de histerectomía si es equivalente a más de 12 a 14 semanas de gestación. La preocupación real no es el tamaño absoluto del mioma ya que es raro que sea maligno, sino la verdadera etiología de la masa miomatosa percibida.

Los miomas cervicales en crecimiento mayores de 3 a 4 centímetros de diámetro deben extirparse para evitar una técnica operatoria más difícil en el futuro.

c. Medidas de Sostén:

Antes de la operación definitiva, es necesario restituir el volumen sanguíneo cuando sea pertinente y deben considerarse otras medidas como la administración de antibióticos profilácticos o heparina.

d. Medidas Quirúrgicas:

Las indicaciones de cirugía incluyen una hemorragia uterina potencialmente letal o una masa que aumenta de tamaño con rapidez en una paciente perimenopáusicas o posmenopáusicas. (1,2,6,7,9,12,18,20).

HISTERECTOMIA:

Los úteros con miomas pequeños pueden ser extirpados por histerectomía vaginal total. Cuando se encuentran numerosos tumores de gran tamaño, (en especial miomas intraligamentarios), esta indicada la histerectomía abdominal total. Si los ovarios están enfermos o si su circulación sanguínea ha sido dañada, será necesaria la ooforectomía, de otra forma los ovarios deben ser preservados en mujeres jóvenes.

MIOMECTOMIA

Deberá programarse para la paciente sintomática que desea conservar su fertilidad.

RADIOTERAPIA

Esta es eficaz en el caso raro de la enferma que es un alto riesgo quirúrgico y que está sangrando excesivamente por un útero miomatoso.

PRONOSTICO

La histerectomía con extirpación de todos los leiomiomas es curativa. En 15% de las pacientes los miomas recurren después de la miomectomía y 2/3 de éstas requieren tratamiento quirúrgico posterior. (1,2,4,5,6,7,9,16,17).

VI MARCO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio Retrospectivo Descriptivo.

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes que consultaron al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala con diagnóstico de fibromatosis uterina, de Enero de 1990 a Diciembre de 1995.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Mujeres
- Edad reproductiva
- Hipermenorrea
- Metrorragia
- Dismenorrea
- Mujeres que presentan masa pélvica

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Menopáusicas
- Premenárquicas
- Postparto
- Embarazadas.

DEFINICION DE LAS VARIABLES UTILIZADAS:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CLASE DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad	Período que ha transcurrido en la vida de un individuo desde su nacimiento hasta la fecha actual; la cuál se mide en años	Años	Cuantitativa	Escala de razón
Frecuencia	Número de veces que se produce una patología	Número de casos	Cuantitativa	Escala discreta
Tratamiento	Sistema, método o procedimiento que se emplea para curar enfermedades	Sí utilizado No utilizado	Cualitativa	Escala nominal
Etnia	Conjunto humano caracterizado por sus modalidades lingüísticas, somáticas y culturales	Ladina Indígena	Cualitativa	Escala nominal
Método diagnóstico	Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica y los resultados de pruebas de laboratorio	Sí utilizado No utilizado	Cualitativa	Escala nominal
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos que ha tenido	Primigesta Multipara	Cuantitativa	Escala nominal
Diagnóstico patológico	Diagnóstico al que se llega mediante el examen de la sustancia y función de los tejidos del organismo, especialmente de sus alteraciones por medio de técnicas histológicas	Sí utilizado No utilizado	Cualitativa	Escala nominal

RECURSOS:

FISICOS:

- Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala
- Departamento de archivo de Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala
- Expedientes clínicos
- Boleta diseñada para la recolección de datos
- Bibliotecas: USAC, Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios, IGSS, INCAN, INCAP, APROFAM
- Equipo de oficina
- Material Bibliográfico.

HUMANOS:

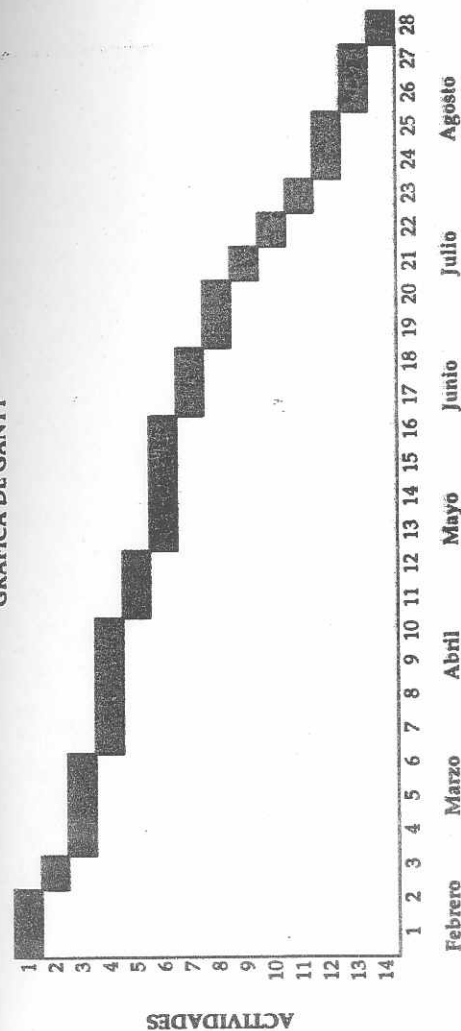
- Personal del departamento de archivo.

TRATAMIENTO ESTADISTICO:

La información se obtuvo por medio de una boleta de recolección de datos, siendo la fuente documental los expedientes clínicos que se encuentran en el Departamento de Archivo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

Los datos obtenidos se tabularon y presentan por medio de cuadros y gráficas (diagrama de barras), luego se procedió al análisis porcentual de los resultados, los cuales se utilizaron para la realización de conclusiones y recomendaciones.

GRAFICA DE GANTT



ACTIVIDADES

- 01 Selección del tema del proyecto de investigación
- 02 Elección del Asesor y Revisor
- 03 Recopilación del material bibliográfico
- 04 Elaboración del proyecto conjuntamente con Asesor y Revisor
- 05 Aprobación del proyecto por el Comité de Investigación del Hospital o Institución donde efectuará el estudio
- 06 Aprobación del proyecto por la Unidad de Tesis
- 07 Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información
- 08 Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas
- 09 Análisis y discusión de resultados
- 10 Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
- 11 Presentación del informe final para correcciones
- 12 Aprobación del informe final
- 13 Impresión del informe final y trámites administrativos
- 14 Examen público de defensa de la tesis.

CUADRO No. 1
PREVALENCIA DE FIBROMATOSIS UTERINA EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

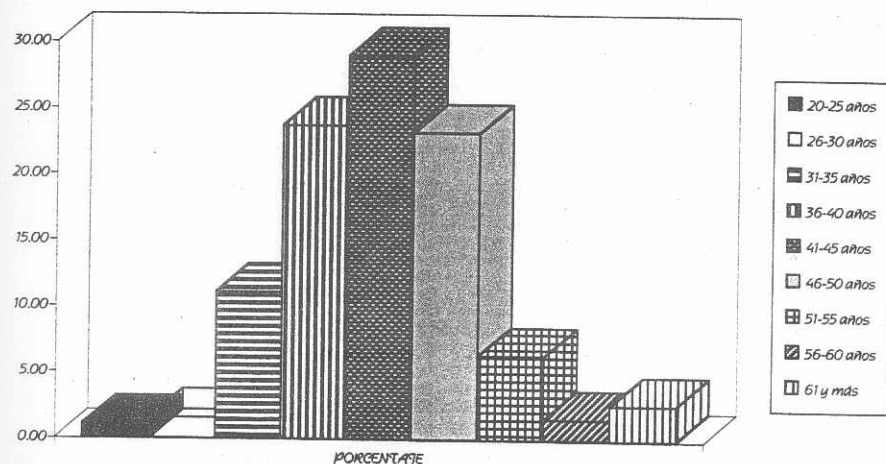
POBLACION	FRECUENCIA	PREVALENCIA
Total de pacientes de cirugía Ginecológica	2777	0
Fibromatosis Uterina	190	0
TOTAL	2967	68 * 1000

Fuente: Libros del Departamento de Archivo y Sala de Operaciones
 * Solo se tomaron en cuenta primeras consultas.

CUADRO No. 2
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN EDAD DE
PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO
DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL
PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-25 años	2	1.05
26-30 años	3	1.58
31-35 años	21	11.05
36-40 años	45	23.68
41-45 años	55	28.95
46-50 años	44	23.16
51-55 años	12	6.32
56-60 años	3	1.58
61 y más	5	2.63
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

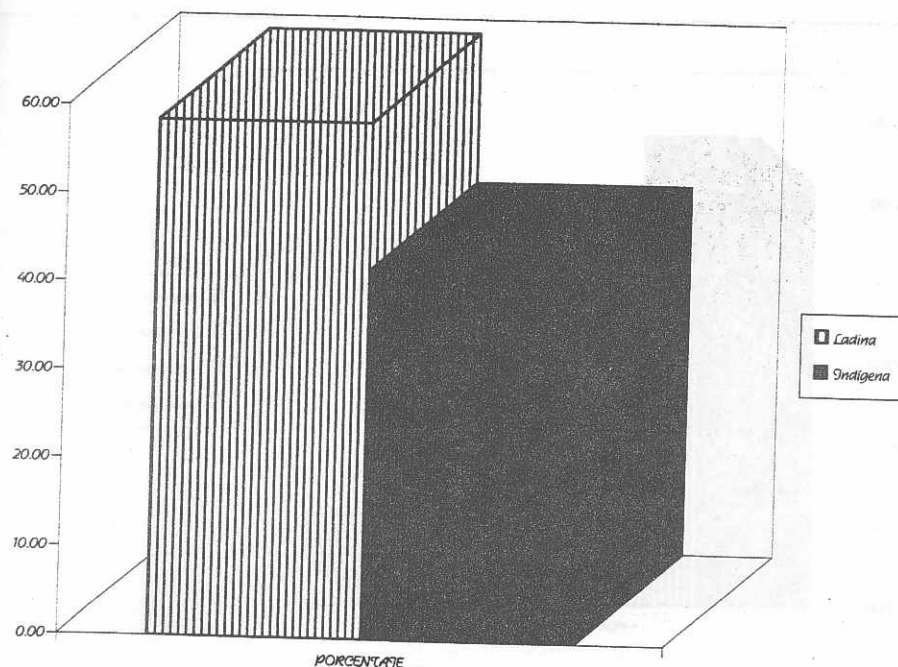


Fuente: Cuadro No. 2

CUADRO No. 3
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN GRUPO ETNICO
DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

RAZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ladina	111	58.42
Indígena	79	41.58
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

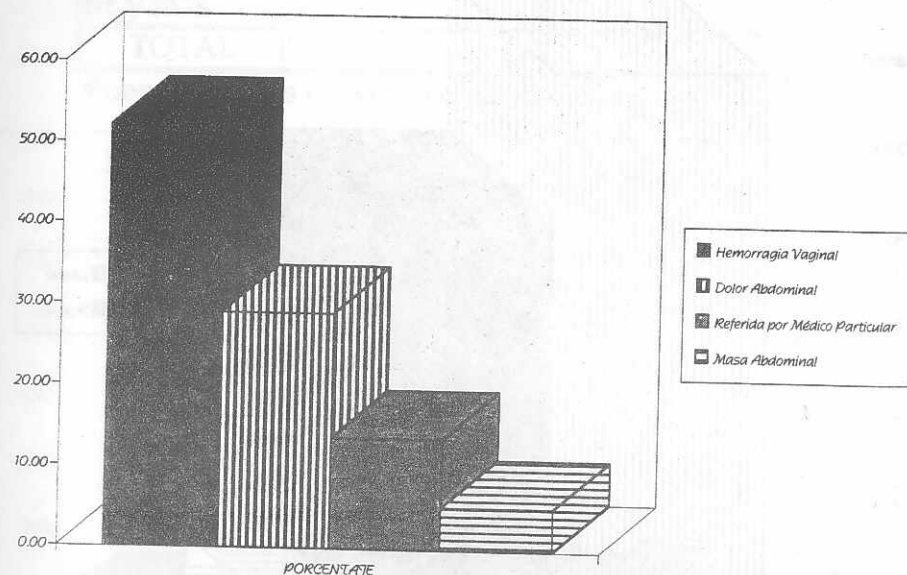


Fuente: Cuadro No. 3

CUADRO No. 4
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN MOTIVO DE
CONSULTA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

MOTIVO DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hemorragia Vaginal	99	52.11
Dolor Abdominal	55	28.95
Referida por Médico Particular	26	13.68
Masa Abdominal	10	5.26
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

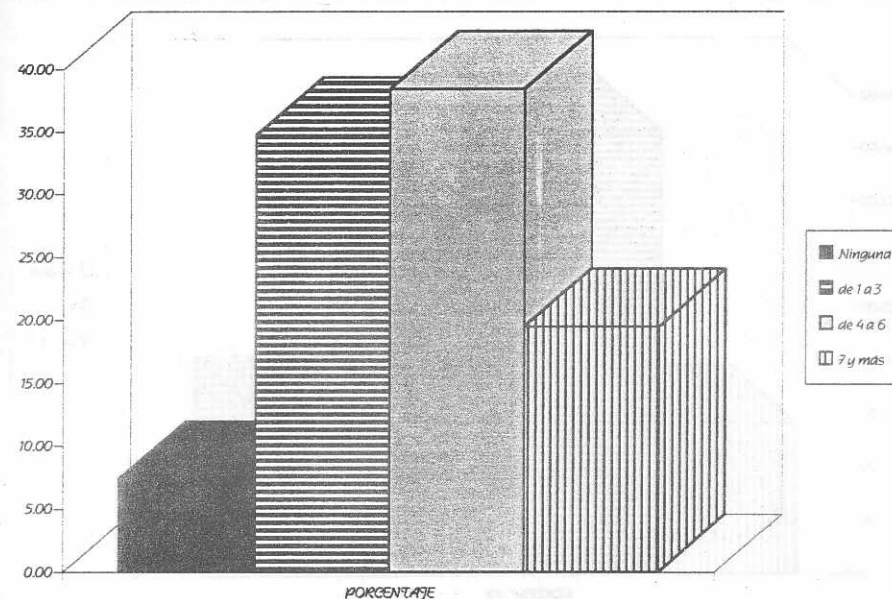


Fuente: Cuadro No. 4

CUADRO No. 5
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN NUMERO
DE GESTAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

GESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	14	7.37
de 1 a 3	66	34.74
de 4 a 6	73	38.42
7 y más	37	19.47
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

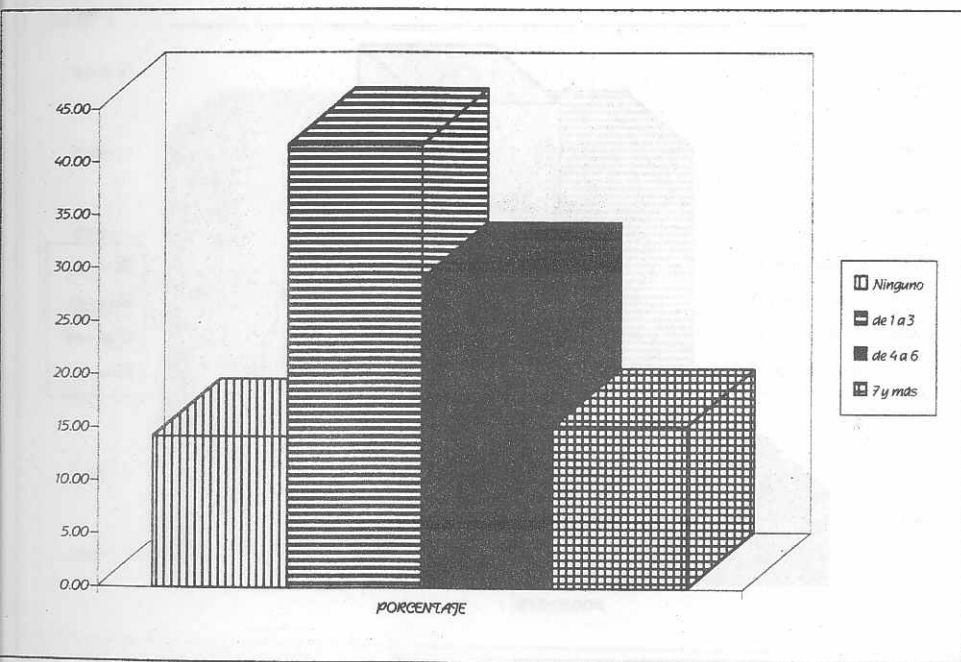


Fuente: Cuadro No. 5

CUADRO No. 5 A
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN NUMERO
DE PARTOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	27	14.21
de 1 a 3	79	41.58
de 4 a 6	55	28.95
7 y más	29	15.26
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

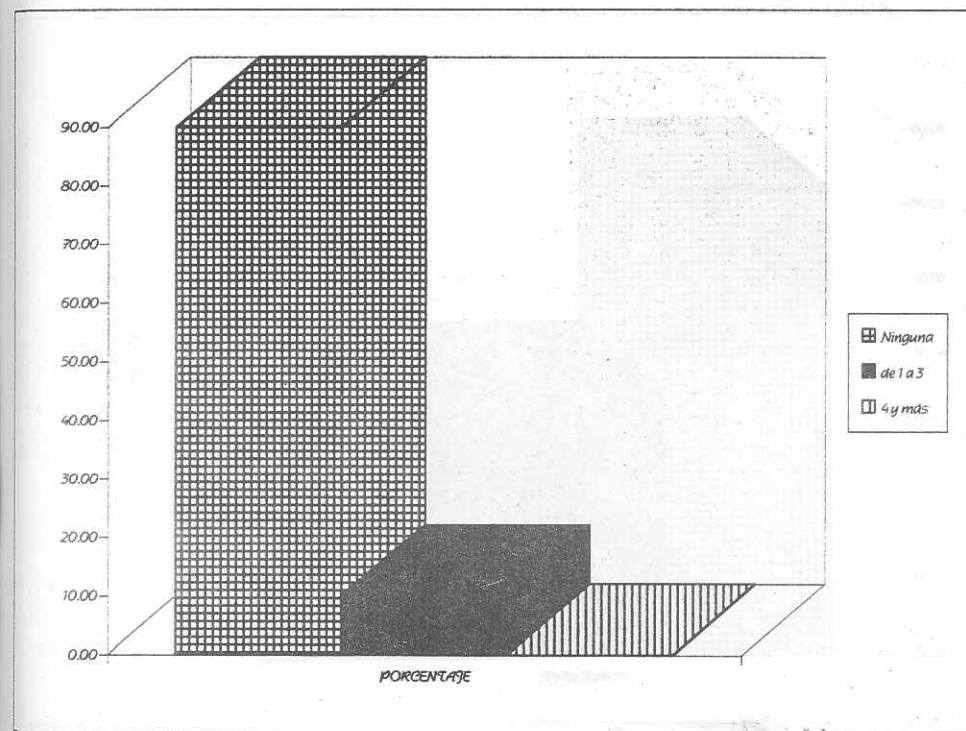


Fuente: Cuadro No. 5 A

CUADRO No. 5 B
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN NUMERO
DE CESAREAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

CESAREAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	171	90.00
de 1 a 3	19	10.00
4 y más	0	0.00
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

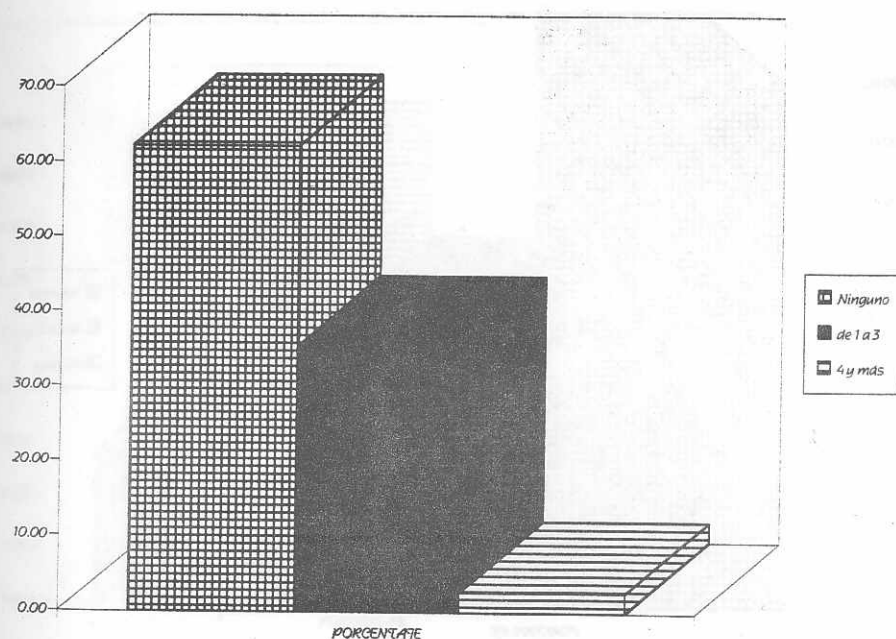


Fuente: Cuadro No. 5 B

CUADRO No. 5 C
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN NUMERO
DE ABORTOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	118	62.11
de 1 a 3	67	35.26
4 y más	5	2.63
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

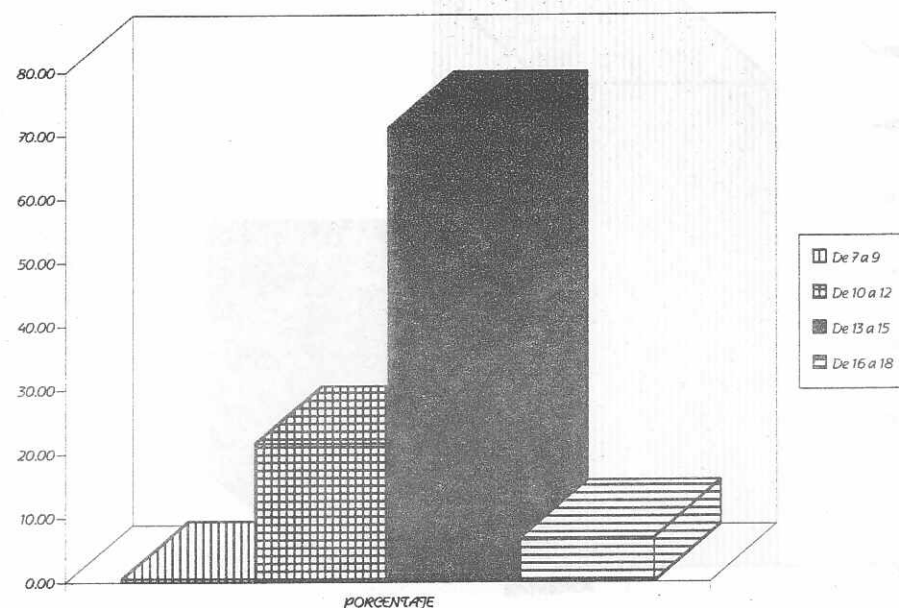


Fuente: Cuadro No. 5 C

CUADRO No. 6
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN EDAD DE LA
MENARQUIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

MENARQUIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 7 a 9	1	0.53
De 10 a 12	41	21.58
De 13 a 15	135	71.05
De 16 a 18	13	6.84
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

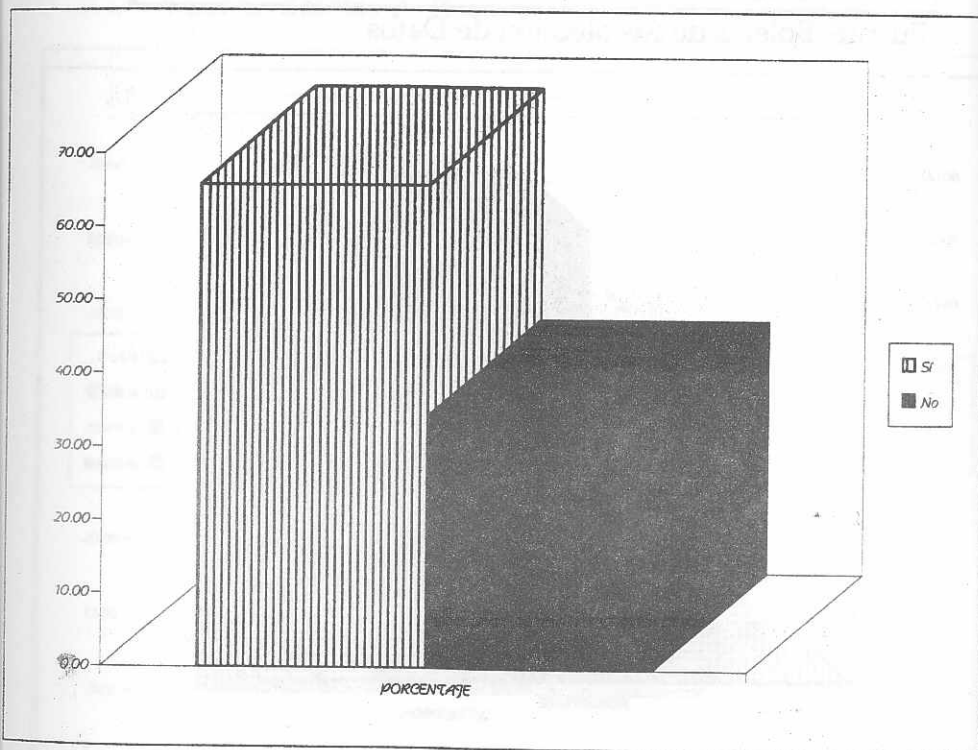


Fuente: Cuadro No. 6

CUADRO No. 7
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN PRESENCIA DE
MASA PELVICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

PRESENCIA MASA PELVICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	125	65.79
No	65	34.21
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

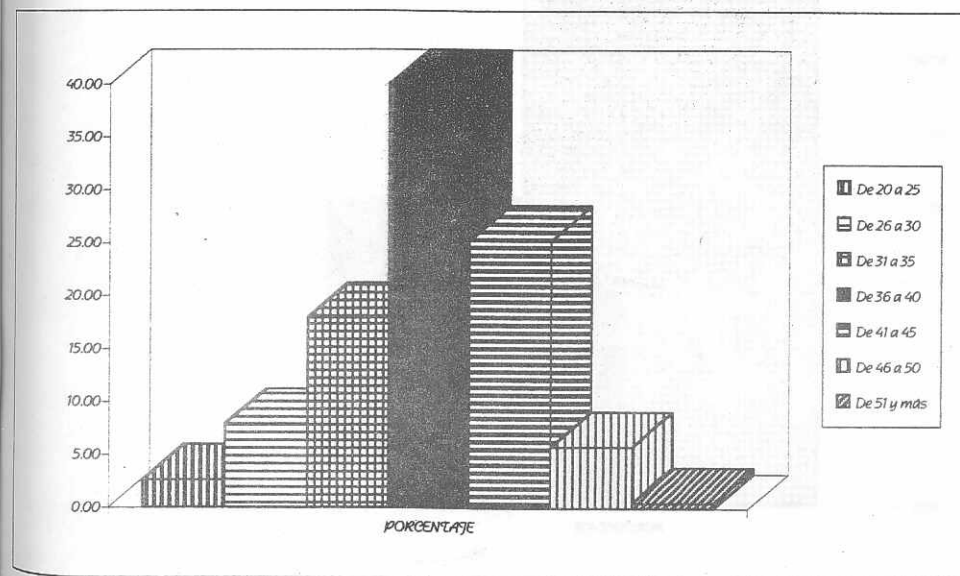


Fuente: Cuadro No. 7

CUADRO No. 8
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN VALOR DE
HEMATOCRITO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

HEMATOCRITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 20 a 25	5	2.63
De 26 a 30	15	7.89
De 31 a 35	34	17.89
De 36 a 40	76	40.00
De 41 a 45	48	25.26
De 46 a 50	11	5.79
De 51 y más	1	0.53
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

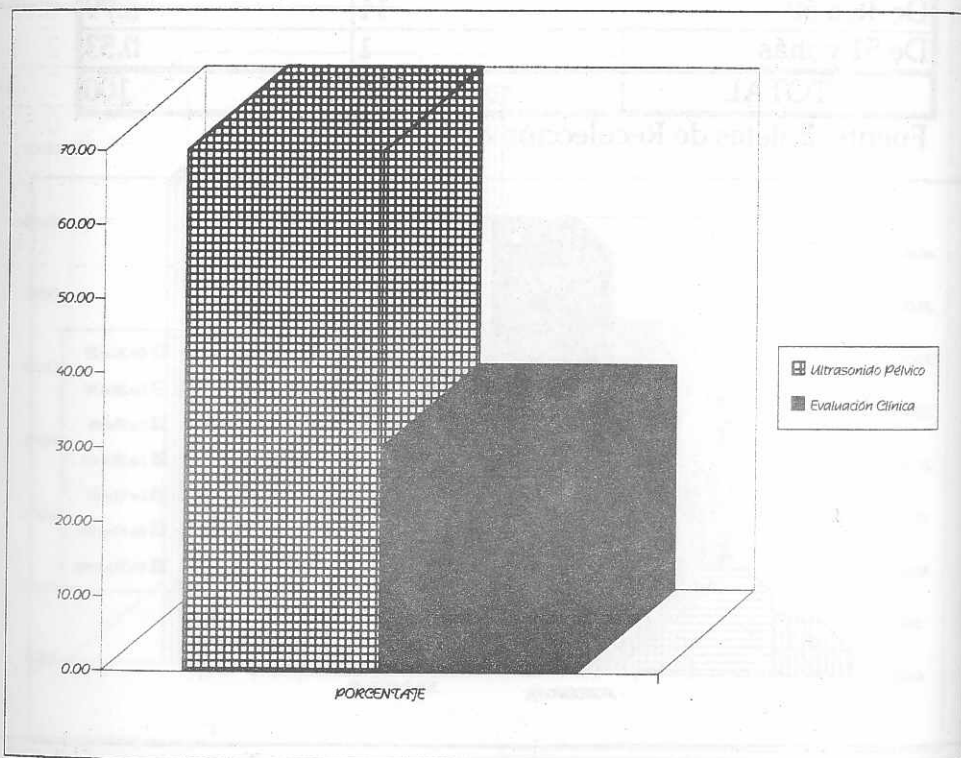


Fuente: Cuadro No. 8

CUADRO No. 9
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN METODO
DIAGNOSTICO UTILIZADO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA
DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

METODO DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ultrasonido Pélvico	133	70.00
Evaluación Clínica	57	30.00
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

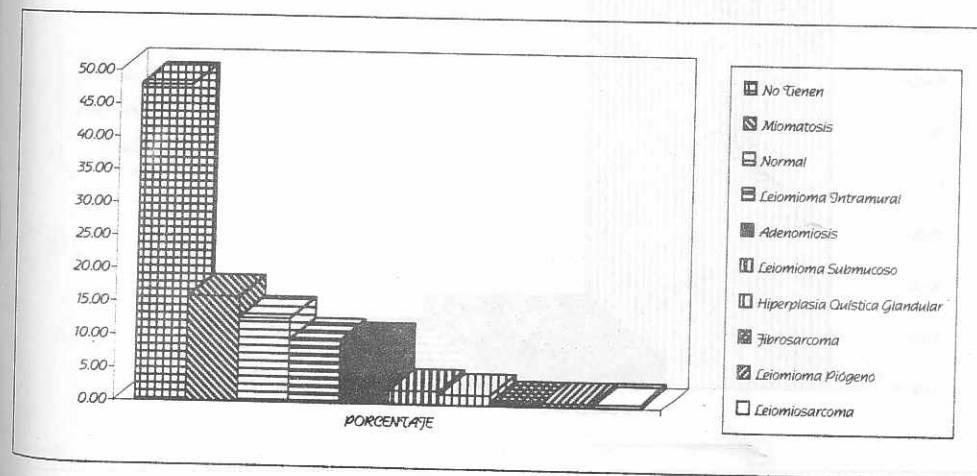


Fuente: Cuadro No. 9

CUADRO No. 10
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN DIAGNOSTICO
PATOLOGICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

DIAG. PATOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No Tienen	91	47.89
Miomatosis	30	15.79
Normal	24	12.63
Leiomioma Intramural	18	9.47
Adenomiosis	17	8.95
Leiomioma Submucoso	4	2.11
Hiperplasia Quística Glandular	3	1.58
Fibrosarcoma	1	0.53
Leiomioma Piógeno	1	0.53
Leiomiosarcoma	1	0.53
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

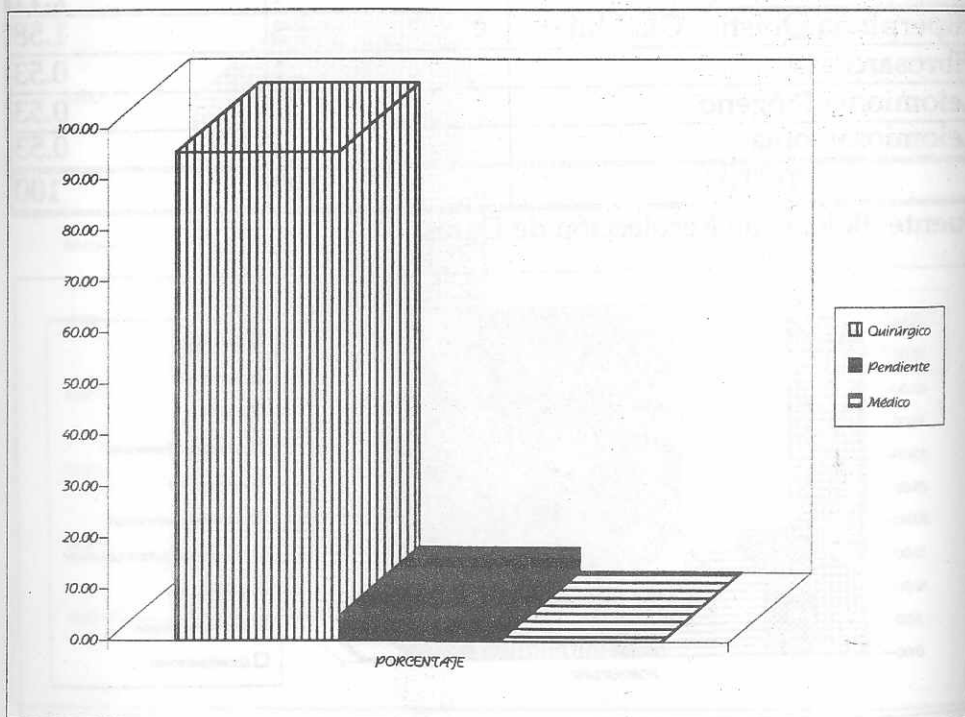


Fuente: Cuadro No. 10

CUADRO No. 11
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN TRATAMIENTO
UTILIZADO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Quirúrgico	181	95.26
Pendiente	9	4.74
Médico	0	0.00
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos

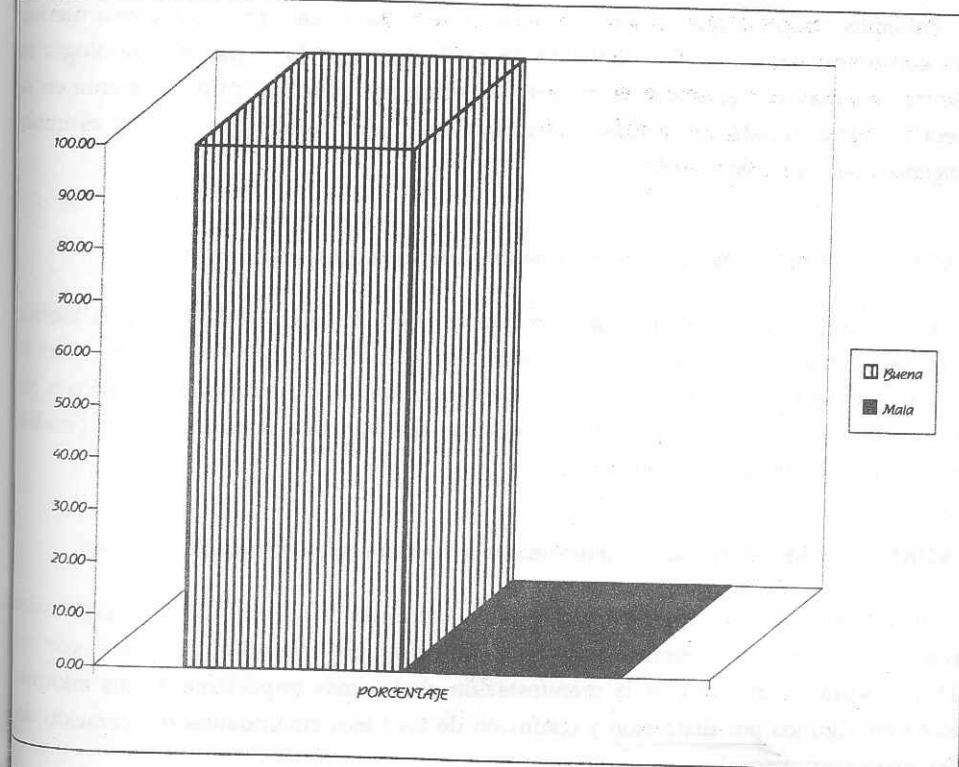


Fuente: Cuadro No. 11

CUADRO No. 12
FIBROMATOSIS UTERINA SEGUN EVOLUCION
CLINICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
DE ENERO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1995

EVOLUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena	190	100.00
Mala	0	0.00
TOTAL	190	100

Fuente: Boletas de Recolección de Datos



Fuente: Cuadro No. 12

CUADRO No. 1: (Prevalencia de Fibromatosis Uterina)

La prevalencia de Fibromatosis Uterina en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala es de 68 * 1,000; se ha reportado que esta patología constituye un 10% de las consultas ginecológicas. Pudiéndose deber esta prevalencia al tipo de población que se encuentra en el área que atiende este Hospital, ya que muchas mujeres no consultan por diversos factores, entre ellos: bajo nivel de escolaridad y estado socio económico.

CUADRO Y GRAFICA No. 2: (Fibromatosis uterina según grupo étnico)

Podemos observar que la mayoría de pacientes que presentan fibromatosis uterina están comprendidas entre las edades de 36 a 50 años, debido a que esta patología se presenta con mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva, principalmente en la tercera y cuarta década de la vida; puesto que este es un tumor que necesita estímulo estrogénico para su crecimiento.

CUADRO Y GRAFICA No. 3: (Fibromatosis uterina según grupo étnico)

La población ladina cuenta con el mayor número de casos de fibromatosis uterina con un porcentaje de 58.42%, correspondiendo a la población indígena un 41.58%. Para lo cual influyen factores tales como el nivel de escolaridad y recursos económicos con los que cuenta la población ladina; contribuyendo de esta manera a la realización de pruebas diagnósticas y un tratamiento adecuado.

CUADRO Y GRAFICA No. 4: (Fibromatosis uterina según motivo de consulta)

Es evidente que la mayor parte de las pacientes a quienes se les diagnosticó fibromatosis uterina presentaron como síntoma principal hemorragia vaginal, con un 52.11%. Debido a que esta es la manifestación clínica más importante de los miomas, causada en algunos por distorsión y confusión de los vasos circundantes o ulceración del endometrio suprayacente.

CUADRO Y GRAFICA No. 5, 5 A, Y 5 B: (Fibromatosis uterina según número de gestas, partos y cesáreas)

Se observa que el grupo poblacional más afectado por fibromatosis uterina está comprendido por multíparas y que las pacientes que no han tenido gestas están menos afectadas; por lo que consideramos que ser multípara es un factor de riesgo para padecer esta patología; ya que muchas de estas pacientes han presentado esta patología de forma asintomática, debido al estímulo estrogénico excesivo durante el embarazo estos tumores han ido creciendo hasta hacerse evidentes.

La mayoría de estas pacientes tuvieron partos normales y sólo un 10% fueron intervenidas quirúrgicamente realizándoseles cesárea segmentaria transperitoneal.

CUADRO Y GRAFICA 5 C: (Fibromatosis uterina según número de abortos)

Podemos evidenciar que un 38% de la población estudiada ha presentado abortos. Lo cual es indicativo que los miomas pueden provocar aborto habitual en el primer trimestre de gestación; debido a cambios atróficos del endometrio y por distorsión de la cavidad uterina. (16,17)

CUADRO Y GRAFICA No. 6: (Fibromatosis uterina según edad de la menarquía)

Podemos observar que un 71.05% de la población presentó su menarquía entre las edades de 13 a 15 años que es la edad promedio de la maduración puberal, para lo cual influye el estado nutricional y cualquier enfermedad crónica, contribuyendo de esta manera a que se adelante o retrase la menarquía.

CUADRO Y GRAFICA No. 7: (Fibromatosis uterina según presencia o no de masa pélvica)

Observamos que en el 65.79% de la población hay presencia de masa pélvica, siendo este el signo más importante; para hacer el diagnóstico de miomatosis uterina, por medio de palpación bimanual al encontrar un útero aumentado de tamaño y con forma irregular; en el presente estudio algunos diagnósticos se hicieron sólo por este método.

CUADRO Y GRAFICA No. 8: (Fibromatosis uterina según valor de hematocrito)

Es evidente que el 89.47% de la población estudiada no presentan anemia y tan solo un 10.52% la presentaron, este último porcentaje es indicativo que la anemia es debida principalmente al sangrado uterino anormal.

Sin embargo el mayor porcentaje de pacientes cuentan con un hematocrito normal, a pesar que el principal motivo de consulta fue hemorragia vaginal profusa; lo cual es indicativo que se esta utilizando una mala técnica para la medición del hematocrito.

CUADRO Y GRAFICA No. 9: (Fibromatosis uterina según método diagnóstico utilizado)

A pesar de que existen otros métodos diagnósticos tales como exploración vaginal bajo anestesia, dilatación quirúrgica y raspado uterino; el método más utilizado en la población estudiada fue el ultrasonido pélvico (70%). Esto debido a su fácil realización, eficacia, bajo costo y seguridad que confiere este método.

CUADRO Y GRAFICA No. 10: (Fibromatosis uterina según diagnóstico patológico)

A un gran número de las pacientes no se les realizó diagnóstico patológico (47.89%) y a las pacientes que se les realizó se confirmó el diagnóstico de fibromatosis uterina en 28.42%; en 12.63% el informe patológico fue normal y en un 11% el diagnóstico correspondió a otra patología.

Lo que nos indica la importancia de la utilización de este método diagnóstico, ya que muchas veces por falta de recursos o por irresponsabilidad, las muestras no son llevadas al departamento de patología.

A pesar que este es un método que nos ayuda a verificar el diagnóstico y el tipo de mioma, así también nos ayuda a diferenciar al mioma de otro tipo de patología, lo cual es de suma importancia para su seguimiento.

CUADRO Y GRAFICA No. 11: (Fibromatosis uterina según tratamiento utilizado)

Después de analizar los datos obtenidos relacionados con el tipo de tratamiento utilizado en las pacientes que presentaron fibromatosis uterina, es evidente que en el 95.26% se utilizó tratamiento quirúrgico entre este se incluyen histerectomía abdominal total y miomectomía, dependiendo del caso de cada una de las pacientes.

Para lo cual se toman en cuenta factores tales como la edad, paridad, presencia o no de embarazo, deseo de futuros embarazos, su salud general, síntomas que refiere así como las dimensiones, localización y el estado de conservación de los miomas.

CUADRO Y GRAFICA No. 12: (Fibromatosis uterina según evolución clínica)

Es evidente que en el 100% de las pacientes el tratamiento utilizado fue efectivo, ya que ninguna de estas pacientes reconsultó presentando alguna complicación o efectos secundarios ocasionados por el tratamiento utilizado.

IX CONCLUSIONES

Después de haber realizado el estudio de "FRECUENCIA DE FIBROMATOSIS UTERINA" en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala; se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de Fibromatosis Uterina en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt es de 68 * 1,000.
2. El grupo étnico más afectado está comprendido entre las edades de 36 a 50 años de edad.
3. El grupo étnico más afectado es el ladino.
4. Que el 52.11% de las pacientes consultaron por hemorragia vaginal y el 28.95% por dolor abdominal.
5. Que todos los expedientes clínicos revisados carecen de información acerca del uso de métodos anticonceptivos.
6. Que la mayoría de las pacientes (69.79%) presentó masa pélvica.
7. Que un 89.47% de las pacientes no presentó anemia, lo que no es muy confiable ya que un 52.11% de éstas, consultó por hemorragia vaginal profusa, en ocasiones de varios meses de evolución.
8. Que a un 70% de las pacientes con fibromatosis uterina se les realizó diagnóstico ultrasonográfico.
9. No existe correlación entre el diagnóstico ultrasonográfico y el diagnóstico patológico.
10. Que un 47.89% carece de informe de patología.
11. A un 95.26% se le realizó tratamiento quirúrgico.

X RECOMENDACIONES

1. A las mujeres en edad reproductiva que presentan hemorragia vaginal o masa pélvica que consulten tempranamente.
2. Al personal médico al momento de elaborar la historia clínica hacer énfasis en la obtención de información sobre el uso de métodos anticonceptivos.
3. Al personal médico llevar control estricto de las muestras enviadas al departamento de patología, para evitar de esta manera la pérdida de tan valiosa información.
4. Hacer conciencia a las pacientes con fibromatosis uterina de la importancia que tiene la realización de sus análisis de laboratorio y tratamiento.
5. Al personal de laboratorio realizar a conciencia las hematologías para obtener resultados confiables.

XI RESUMEN

Estudio retrospectivo descriptivo titulado "FRECUENCIA DE FIBROMATOSIS UTERINA" realizado en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

Para este estudio se revisaron los expedientes clínicos de enero de 1990 a diciembre de 1995; utilizando una boleta de recolección de datos, obteniéndose 190 casos de Fibromatosis Uterina.

Los resultados obtenidos fueron:

- Que la prevalencia de fibromatosis uterina en este hospital es de 68 * 1,000.
- Que el grupo etáreo más afectado se encuentra entre las edades de 36 a 50 años.
- El grupo étnico más afectado (58.42%) es el ladino.
- Que un 52.11% de las pacientes consultaron por hemorragia vaginal y un 28.95% por dolor abdominal.
- El 65.79% presentó masa pélvica.
- 10.52% de las pacientes presentó anemia debido a la hemorragia vaginal.
- El ultrasonido pélvico fue el método diagnóstico utilizado en el 70% de las pacientes con fibromatosis uterina y sólo en el 28.42% se confirmó el diagnóstico por patología.
- El tratamiento quirúrgico fue utilizado en el 95.26% de pacientes, obteniéndose una evolución satisfactoria en el 100% de los casos.

XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Asociación de Ginecología y Obstetricia
Miomatosis uterina en la Senectud
Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 63 Pags 78-80 Noviembre 1995
- Asociación de Ginecología y Obstetricia
XI Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Miomatosis Uterina de Grandes Elementos, Reporte de un Caso.
Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 63 Pags 89-90 Octubre de 1995.
- Asociación de Ginecología y Obstetricia
Tratamiento Médico Post Operatorio de Leiomiomatosis Uterina con Análogos de Hormona Esteroidea de Gonadotropina Hipofisiaria.
Ginecología y Obstetricia de México Vol. 63, Pag. 356 Agosto 1995.
- Asociación de Ginecología y Obstetricia
Leiomioma retroperitoneal, informe de un caso.
Ginecología y Obstetricia de México Vol. 63, Pag 38 Enero 1995
- Asociación de Ginecología y Obstetricia
Cuantificación de Acido Ribonucleico y Colágeno como Marcadores Bioquímicos de Leiomiomatosis Uterina.
Ginecología y Obstetricia de México Vol. 60 Pags. 263-266 Sep. 1992.
6. Benson Ralph
Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico
5ta. Edición México D.F.
Editorial Manual Moderno S.A. de C.V., 1989
Pags. 666-671
7. Benson Ralph
Manual de Ginecología y Obstetricia
7a. Edición, Editorial Manual Moderno 1985
Pags. 552-557

8. Bustos L.H.H. López García R., Sánchez S.V., RA.
Tratamiento Médico de Leiomiomatosis Uterina con Agonistas de Gonadotropina Hipofisiarias.
Ginecología y Obstetricia.
México 1990., Vol. 58 Agosto Pags. 260 y 261
9. Copeland Ginecología
Editorial Médica Panamericana S.A.
1994.
Pags. 856-836
10. Estil y Strawn, gr. MD, Miles J. Novy, MD., Keneth, A. Burry, MD, and Cynthia Z. Bethea. PHP.
Insulin-Like Growth Factor I Promotes Leiomyoma Cell Growth in Vitro
American Journal of Obstetrics and Gynecology Vol 172 No. 6 June 1995
Pags. 1837-1842.
11. Hutchins Francis L. gr. MD.
Uterine Fibroid, Diagnosis and Indication for Treatment Obstetrics and Gynecology.
Clinics of North America Vol 22 No. 4 Dec. 1995
Pags. 659-665.
12. Malcom C. Clement P.B., Scully R.F.
Pathology of Uterine Sarcomas.
Gynecology Oncology
2a. Edición EP. Churchill Livingston, 1992
Volumen 60
Pags. 803
13. Matta Wassim H.M. Roberts W Show and Malcolm Nye.
Long Term Follow-up of Patients with uterina fibroids after treatment with the LHRH Agonist Buserelin
American Journal Gynecology and Obstetrics Vol. 45 No. 1 January 1990
Pags. 79-80.

14. Mishell Daniel R.
Obstetric & Gynecology
Edited by J. R. M. D. 1990
Pags. 364-367
15. Mosby
Enciclopedia de medicina y enfermería
España Grupo Editorial Océano 1990
16. Novak
Tratado de Ginecología
Décimo Primera Edición, Nueva Editorial Interamericana S.A. C.V. 1991
Pags. 391-397
17. Pernoll Martin
Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétrico
Sexta Edición Traducida de la Séptima en inglés
México D. F. Santa Fé Bogotá
Editorial Manual Moderno S.A. de C.V. 1992
Pags. 871-878
18. Robbins y Cotran
Patología Estructural y Funcional
Cuarta Edición
España, Editorial Interamericana M.C. Graw-Hill 1990
Pags. 1117-1118
19. Soules MR, Mc Carty Ks. Jr.
Leiomyomas Steroid Receptor Content Variation W. thin normal menstrual cycles
American Journal Obstetrics, Vol. 143, febrero 1990
Pags. 6-11
20. Yukio Nakmura, M. D. & Yasunow Yoshmura
Tratamiento para leiomiomas uterinos en perimenopáusicas con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina
Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica, Vol. 3, No. 193, 1994
Pags. 630-635

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha: _____

No. de Reg. Médico _____

Edad: _____

Grupo Etnico: _____

Motivo de Consulta: _____ Días de evolución _____

Gineco-obtétricos: Gestas _____ Partos _____ Abortos _____

Menarquia: _____

Métodos Anticonceptivos: _____

Tiempo de utilización: _____

EXAMEN FISICO:

Presencia de masa pélvica: SI _____ NO _____

Laboratorios: HB _____ HT _____

Método diagnóstico utilizado: _____

Evaluación clínica: _____ Ultrasonido pélvico _____

Resultado Informe de Patología: _____

Tipo de Tratamiento: _____

Médico: _____ Quirúrgico: _____

evolución: _____