

# Análisis de la certeza clínica en el diagnóstico de miomatosis uterina

URREA- RIVAS MARISOL<sup>1</sup>, CONTRERAS-ACOSTA CLAUDIO<sup>2</sup>, FAVELA-HEREDIA CÉSAR<sup>3</sup> MURILLO-LLANES JOEL<sup>4</sup>

1. Residente de 4º año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. 2. Médico Ginecólogo adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia. Asesor de Tesis, 3. Médico Ginecólogo Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, 4. Maestro en ciencias medicas Director de Tesis adscrito al Departamento de Investigación.

## RESUMEN

**Objetivo.** Conocer la frecuencia de miomatosis uterina diagnosticada por clínica versus diagnóstico histopatológico. **Material y métodos.** Se realizó un estudio por medio de encuesta retrospectiva comparativa a 181 pacientes postoperadas de histerectomía abdominal en el período del 1 de enero del 2005 al 30 de junio del 2006. Se estudiaron grupo de edad, menarca, uso de anticonceptivos, paridad, IMC, motivo de consulta, tiempo de evolución y reporte histopatológico. Se realizó análisis de frecuencias y se aplicó regresión logística univariada con el paquete estadístico SPSS v13.0.

**Resultados.** Encontramos un 63% de concordancia entre la clínica y el resultado histopatológico. En el 21% hubo asociación de miomatosis y adenomiosis. La distribución de diagnósticos: 63% miomatosis, 22.6% adenomiosis, 24% útero sano, 1.2% pólipo endometrial. OR fue de 1.9 (IC95%:1.01-3.6),  $p=0.48$  en las pacientes con ingesta de ACO y OR de 1.945, ( $p=0.97$ ) respecto a la obesidad.

**Conclusiones:** Existe un 63% de concordancia entre el diagnóstico clínico y el resultado histopatológico. Existe asociación entre la baja paridad y el uso de ACO con miomatosis uterina. **Palabras clave:** miomas uterinos; anticonceptivos; Índice de masa corporal; paridad.

## INTRODUCCIÓN

Junto con la cesárea, la histerectomía es la intervención quirúrgica que más se practica en los países desarrollados. Durante los años ochenta, la tasa anual de histerectomía en los Estados Unidos fue de 7 por cada 1000 mujeres mayores de 15 años. Las principales indicaciones de la histerectomía son miomatosis uterina, prolapso uterino, carcinoma cervical y uterino, endometriosis y hemorragias disfuncionales. Respecto a los miomas uterinos, éstos representan la indicación más frecuente de histerectomía abdominal.

Los miomas de útero son tumores benignos compuestos de músculo liso, colágena y elastina y pueden ser únicos o múltiples.<sup>1-4</sup> La incidencia de miomatosis uterina se estima en 9.2 por 1000 personas al año en Estados Unidos de todas las razas, en edad de 25-44 años, lo que significa que hay aproximadamente 400,000 casos nuevos cada año.<sup>5-12</sup>

Los estudios epidemiológicos respecto al uso de los anticonceptivos como factor de riesgo son inconsistentes, además de una menarca temprana, baja paridad, primigestas añosas, uso temprano de anticonceptivos orales y obesidad.<sup>13-17</sup>

Estudios recientes informan que el número y el tamaño de los miomas no determinan si la paciente tendrá alte-

raciones del patrón menstrual.<sup>18, 20, 21, 23</sup>

El diagnóstico de leiomioma se sospecha cuando se palpa un útero de bordes irregulares durante el examen pélvico. El ultrasonido representa el estudio no invasivo para confirmar el diagnóstico, ya que ha mostrado que tiene una sensibilidad del 99%, especificidad del 91%, valor predictivo positivo del 96%; sin embargo, el estudio histopatológico en pacientes tratadas es la regla de oro en la determinación del diagnóstico definitivo.<sup>25</sup>

El diagnóstico diferencial de la miomatosis uterina es en forma más frecuente con los adenomiomas.<sup>26, 27, 28, 29</sup>

La miomatosis es el principal tumor ginecológico atendido en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum" y por ese motivo es importante conocer la certeza clínica diagnóstica de miomatosis uterina comparado con el diagnóstico histopatológico de leiomioma, así como conocer los factores de asociados en las pacientes atendidas en el Hospital General de Culiacán, y con ello realizar un mejor diagnóstico y por lo tanto un mejor tratamiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta retrospectiva comparativa a pacientes de cualquier edad postoperadas de histerectomía

**Cuadro 1.** Frecuencia de miomatosis de acuerdo al índice de masa corporal.

	OTROS	MIOMATOSIS	TOTAL
IMC normal	10(25.6%)	29(74.4%)	39(100%)
IMC sobrepeso	57(40.1%)	85(59.9%)	142(100%)
<b>Total</b>	<b>67(37%)</b>	<b>114(63%)</b>	<b>181(100%)</b>

abdominal con diagnóstico clínico preoperatorio de miomatosis uterina en el Hospital General de Culiacán, “Bernardo J. Gastélum”, Servicio de Ginecología y Obstetricia, en el periodo comprendido del primero de enero del 2005 al 30 de junio del 2006, que cumplieron con los criterios de inclusión; se excluyeron pacientes con diagnóstico diferente a miomatosis uterina o aquellos con histerectomía laparoscópica o vaginal y se eliminaron aquellos pacientes con ausencia de ultrasonido pélvico en el expediente clínico o electrónico y pacientes sin reporte de patología.

Se determinó la edad, menarca, uso de anticonceptivos orales, índice de masa corporal (IMC) y se investigó la asociación entre el número de gestaciones, IMC y los anticonceptivos orales con miomatosis uterina.

Se calculó el tamaño de la muestra considerando una prevalencia de miomatosis uterina del 40%, con un Intervalo de Confianza del 95% y un poder de la muestra del 80%, obteniendo un total de 181 pacientes para este estudio y se seleccionaron los pacientes en forma aleatoria simple de la base de datos del expediente electrónico. Se aplicó regresión logística univariada utilizando el paquete estadístico SPSS v13.0.

## RESULTADOS

La edad de la menarca en la población bajo estudio, se registró como sigue: menor de 10, 3.5%; 11 años 13.2%; 12 y 13 años, 27.1% para cada grupo; 14 años, 24.5%, y menarca a los 15 años y mas 4.4%.

El motivo de consulta fue por alteraciones del patrón menstrual (93%) seguido del dolor pélvico (3%).

De 181 pacientes 114(63%), 90 fueron miomas puros, y 24 casos (21%) se asociaron a adenomiosis; en los 67 casos restantes no concordantes, histológicamente fue de útero sano el 35.8%, 61.2% adenomiosis y el 3% restante pólipos endometriales.

La frecuencia de la ingesta de anticonceptivos en pacientes con miomatosis contra aquellas que no tenían miomatosis confirmada por histopatología fue de 44.74% versus 29.85%, con un OR de 1.9 (IC95%:1.01-3.6), p0.048). Referente a la relación entre obesidad y miomatosis no fue significativa (OR: 1.945, p0.097).

Una prueba de razón de verosimilitud (Razón de verosimilitud=6.532, p=.038), muestra que a medida que el número

de gestaciones es menor, la frecuencia de miomatosis es significativamente mayor (ver cuadro 1 y 2).

Los antecedentes de los pacientes con diagnóstico erróneo de miomatosis uterina (útero sano) fueron que de estas 24 pacientes, el 20.8% tomaban anticonceptivos, 66.7% tenían un tiempo de evolución de la sintomatología mayor a 6 meses y en el 91.7% su motivo de consulta fue por sangrado y el restante dolor pélvico y el 91.7% presentaron sobrepeso. Además del ultrasonido positivo, estas pacientes con útero sano en su mayoría tenían sobrepeso, con sangrado o dolor pélvico, con más de 6 meses con el padecimiento y sin diferencias significativas en el grupo de edad.

## DISCUSIÓN

En el presente trabajo se estudió la confiabilidad del diagnóstico clínico incluido ultrasonido para diagnosticar miomatosis uterina y observamos que la capacidad de la clínica es del 63% comparada con el diagnóstico histopatológico.

Por tanto, observamos que existe confusión tanto clínica como por ultrasonido para establecer el diagnóstico de miomatosis uterina, esto puede ser debido a la similitud tanto de los criterios clínicos como de ultrasonido para el caso específico de adenomiosis; no así para las pacientes con útero sano, en cuyo caso, la evaluación endocrina-ovárica es necesaria.

Aún cuando la capacidad de las variables para diferenciar entre miomatosis u otros padecimientos ha quedado mostrada en este trabajo y en la literatura médica, aún queda un gran número de pacientes con diagnóstico incorrecto.

Los factores asociados fueron tomar anticonceptivos, obesidad y un número reducido de gestaciones. Recordando que tanto las correctas como incorrectamente diagnosticadas presentaban dolor y/o sangrado con más de seis meses de duración. La salpingoclasia y entre otras, no fueron significativas al encontrarlas en la misma proporción en ambos grupos de diagnóstico.

En nuestra población observamos que el diagnóstico de miomatosis uterina y el uso de anticonceptivos y la paridad se encuentran asociados. En cuanto al uso de anticonceptivos en la literatura mundial existen opiniones diversas<sup>17, 3, 24</sup>, en nuestra población, comprobamos que el uso de ACO representa un factor asociado así como la baja paridad tam-

bién representa un factor asociado.<sup>10, 11, 15</sup>

Podemos observar cómo a menor número de embarazos, el riesgo de miomatosis se incrementó. Observamos también como de acuerdo a lo reportado en estudios previos<sup>29,30</sup> el índice de masa corporal (IMC) no es estadísticamente significativo aunque con incremento del riesgo de miomatosis en 1.945 veces. La asociación entre miomatosis y adenomiosis, aunque son entidades diferentes, la sintomatología y el cuadro clínico pueden ser en muchos casos muy similares.<sup>13-15</sup> La asociación encontrada en este estudio, es comparable con la reportada en estudios previos (hasta del 25%), en donde incluso mencionan que el diagnóstico radiológico entre miomas y adenomiomas puede ser confuso.<sup>19, 29,34</sup>

## CONCLUSIÓN

La baja concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico definitivo, nos obliga a pensar en la necesidad de la búsqueda de herramientas clínicas para apoyar el diagnóstico clínico, y no basarse únicamente en el ultrasonido como en la actualidad se realiza sobre todo, para aquellas pacientes en edad reproductiva las cuales al tener su útero sano, el diagnóstico incorrecto las lleva a interrumpir, la posibilidad de nuevas gestaciones.

Dado que en la literatura se menciona que la herramienta diagnóstica por imagen considerada actualmente el estándar de oro es el ultrasonido endovaginal, se sugiere que este sea utilizado en forma complementaria en las pacientes con diagnóstico incierto de miomatosis uterina por ultrasonido pélvico.

**Cuadro 2.** Porcentaje de número de gestaciones y diagnóstico histopatológico

		OTROS	MIOMATOSIS	TOTAL
NUMERO DE GESTACIONES	0-6	55(35%)	102(65%)	157
	7-12	12(57.1%)	9(42.9%)	21
	13 o mas	0(0%)	3(100%)	3
TOTAL		67(37%)	114(63%)	181

## Bibliografía

- Buttram VC Jr, Reiter RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management. *Fertil Steril* 1981;36:433-45.
- Wallach E, Vlahos N F. Uterine Myomas: An Overview of Development, Clinical Features, and Management. *Obstet Gynecol* 2004;104:393-406
- Gross KL, Morton CC. Genetics and the Development of Fibroids. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44(2):335-349,
- Nowak RA. Fibroids: pathophysiology and current medical treatment. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1999;13:223-38.
- Marshall LM, Spiegelman D, Barbieri RL, Goldman MB, Manson JE, Colditz GA, et al. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race. *Obstet Gynecol* 1997;90:967-73.
- chwartz S. Epidemiology of uterine leiomyomata. *Clin Obstet Gynecol* 2001;44:316-326
- Stewart E. Uterine fibroids. *Lancet* 2001;357:293-298.
- Wallach E, Vlahos NF. Uterine myomas: an overview of development, clinical features, and management. *Obstet Gynecol*. 2004;104:393-406.
- Day Baird D, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High incidence of uterine leiomyoma: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:100.
- Wise LA, Palmer JR, Harlow BL, Spiegelman D, Stewart EA, Adams-Campbell LL, et al. Reproductive factors, hormonal contraception, and risk of uterine leiomyomata in African-American women: a prospective study. *Am J Epidemiol* 2004;159:113-23.
- Akinyemi BO, Adewoye BR, Fakoya TA. Uterine fibroid: a review. *Niger J Med* 2004;13:318-29.
- Marino J, Eskenazi B, Warner M, et al. Uterine leiomyoma and menstrual cycle characteristics in a population-based cohort study. *Hum Reprod*. 2004;19:2350-2355.
- Wise L A, Palmer J R, Harlow B L, Spiegelman D, Stewart E A , Adams-Campbell L L, and Rosenberg L. Reproductive Factors, Hormonal Contraception, and Risk of Uterine Leiomyomata in African-American Women: A Prospective Study. *Am J Epidemiol* 2004; 159(2): 113 - 123.
- Ryan Gynni L., Syrop Craig H. Van Boris Bradley. Role, epidemiology and Natural history of benign uterine mass lesions , *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:312-324
- Parazzini F, Negri E, La vecchia C, et al. Reproductive factos and risk of uterine fibroides. *Epidemiology* 1996;7(4):440-442.
- Marshall LM, Spiegelman d, Goldman MB, et al. a prospective study of reproductive factors and oral contraceptive use in relation to the risk of uterine leiomyomata. *Fertil Steril*.2998;70(3):432-439.
- Leppert, Phyllis C. MD, PhD Overview of Women's Health. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. December 2002;5(4):1073-1079.
- Wegienka G, Baird DD, Hertz-Picciotto I, et al. Self-reported heavy bleeding associated with uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* 2003;101:431-437.
- Botsis D, Kassanos D, Antonioc G, et al. Adenomyoma and leiomyoma: differential diagnosis with transvaginal sonography. *J Clin Ultrasound*. 1998;26:21
- Ross rk, Pike M, Vessey MP et al. Risk factors for uterine fibroids: reduced risk asociated with oral contraceptives. *Br Med J* 1986;293:359-362(20)
- Clevenger-Hoeft M, Syrop CH, Stovall D, et al. Sonohysterography in premenopausal women with and without abnormal bleeding. *Obstet Gynecol* 1999;94:516-520
- Wegienka G, Baird DD, Hertz-Picciotto I, et al. Self-reported heavy bleeding associated with uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* 2003;101:431-437.
- aerstein E. Szklo M, Rosenheim NB, Risk factors for uterine leiomyomata: a practice based case control study. I.African-american heritage,

reproductive history, body size and smoking. Am J Epidemiol 2001; 153:1-10

25. Ryan GL, Syrop CH, Van Voorhis BJ . Role, epidemiology and Natural history of benign uterine mass lesions. Clin Obstet Gynecol 2005;48:312-324.
26. Wallach E, Vlahos N. Uterine Myomas: An Overview of Development, Clinical Features, and Management. Obste Gynecol 2004;104:393-406
27. Brett KM, Marsh JV, Madans JH, epidemiology of hysterectomy in the United States:demographic and reproductive factors in a nationally representative sample. J.Womens Health. 1997;6(3):309-316.
28. Leiomyomata and Adenomyosis: Symptoms and Pathologic Correlation. Vance, Maude M. MD, PhD; Stilwill, Sarah E. BA; Riddick, Daniel H. MD, PhD; Cooper, Brian C. MD
29. Azziz R. Adenomyosis: current perspectives. Obstet Gynecol Clin North Am. 1989;16:221-235.
30. Bromley B, Shipp T, Benacerraf B. Adenomyosis: sonographic findings and diagnostic accuracy. J Ultrasound Med 2000; 19:529-534.
31. Moreno J. Histerectomía en 321 casos de fibromatosis uterina. Rev Obstet Ginecol Venez. 1992;52:173-174.
32. Brill AI. Hysterectomy in the 21st Century: Different Approaches, Different Challenges. Clinical Obstetrics & Gynecology 2006; 49(4):722-735.
33. Hulka C, Hall D, McCarthy K, et al. Sonographic findings in patients in the adenomyosis: Can sonography assist in predicting extent of disease?. AJR 2002; 179:379-383
34. Siedler D, Laing FC, Jeffrey RB Jr, et al. Uterine adenomyosis: a difficult diagnosis. J Ultrasound Med. 1987;6:345. Mark AS, Hricak H, Heinrichs LW, et al. Adenomyosis and leiomyoma: differential diagnosis with MR imaging. Radiology. 1987; 163:527-529.

---

#### Enviar correspondencia, observaciones y sugerencias a Marisol Urrea Rivas

Departamento de investigación del Hospital General de Culiacán, Aldama y Nayarit s/n Col. Rosales, Culiacán, Sinaloa CP.80230.

Teléfono: (667)716 98 15 extensión 179. E-Mail: invhgc@yahoo.com

Este artículo puede ser consultado en la página de internet [www.hgculiacan.com](http://www.hgculiacan.com)