



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO DE BOLIVAR
CONSEJO DE ESTUDIO DE POSTGRADO NUCLEO BOLIVAR
COMISION DEL PROGRAMA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



CPGO- TG-01-2024

ACTA DE DEFENSA DEL TRABAJO DE GRADO

Nosotros, DR. JOSE MERHEB, DR. LUIS MADRIZ y DR. SERRIS KAID BAY la Comisión Coordinadora del Programa de Postgrado de Ginecología y Obstetricia, para examinar el Trabajo Especial de Grado Titulado: “Trabajo de Grado intitulado: **CORRELACION ULTRASONOGRAFICA VERSUS ANATOMOPATOLOGICA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS. SERVICIO DE GINECOLOGIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PAEZ” ESTADO BOLIVAR-CIUDAD BOLIVAR. ENERO 2018 – DICIEMBRE 2023.** Presentado por la ciudadana: **Dra. MILANGYS DE JESUS MUJICA RIVERA**, portador(a) de la Cédula de Identidad N° 24.482.301, a los fines de cumplir con el requisito legal para optar al título de **ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**; hacemos constar que se realizó la evaluación del mencionado trabajo, además se procedió al examen público, exposición e interrogatorio del aspirante hoy 04 de Diciembre de 2024 a las 08:00 a.m. en el Salón de Clases de Ginecología y Obstetricia ubicada en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar–Estado Bolívar.

Finalizada la Defensa del Trabajo de Grado por parte del Postulante, el Jurado Examinador deliberó en privado y emitió por UNANIMIDAD el veredicto de: Aprobado por considerar que se ajustó a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrados dictado en uso de sus atribuciones legales por el Consejo Universitario de la Universidad de Oriente–Venezuela.

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta, que avalamos y firmamos conformes conjuntamente con el Coordinador del Programa de Postgrado de Ginecología y Obstetricia, en Ciudad Bolívar a los 04 de Diciembre de 2024.

Jurado Examinador:

DR. JOSE MERHEB. (Tutor)

DR. LUIS MADRIZ

DR. SERRIS KAID BAY

DR. CARLOS RODRÍGUEZ SOTILLO
(Coordinador del Postgrado de Ginecología y Obstetricia)

“CUIDAMOS A LA MUJER, PROTEGEMOS LA VIDA”

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Av. Germania – Hospital “Dr. Julio Criollo” (Tórax) 7mo Piso. Parroquia La Catedral/Ciudad Bolívar/Edo. Bolívar –
Venezuela; Cód. Postal 8001; correo: postginecologiaobstetricia@gmail.com ; www.bolivar.udo.edu.ve



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
NÚCLEO BOLÍVAR
COORDINACIÓN DE POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**CORRELACIÓN ULTRASONOGRÁFICA VERSUS
ANATOMOPATOLÓGICA EN PACIENTES
HISTERECTOMIZADAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y
PAEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2018 -
DICIEMBRE 2023.**

Asesor:

Dr. José Merheb

Presentado por:

Dra: Mujica Rivera Milangys de Jesús

C.I: 24.482.301

**Trabajo de grado como requisito parcial para optar al título de especialista en
Ginecología y Obstetricia**

Ciudad Bolívar, diciembre de 2024.

ÍNDICE

ÍNDICE	iii
AGRADECIMIENTOS	v
DEDICATORIA.....	vi
RESUMEN.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	18
OBJETIVOS.....	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos	19
METODOLOGÍA.....	20
Tipo de estudio	20
Universo	20
Muestra.....	20
Criterios de inclusión	20
Criterios de exclusión.....	21
Procedimientos	21
Análisis Estadístico.....	22
RESULTADOS	23
Tabla 1.....	24
Tabla 2.....	25
Tabla 3.....	26
Tabla 4.....	27
Tabla 5.....	28
Tabla 6.....	29
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES.....	33

RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
APÉNDICES	43
Apéndice A.....	44
Apéndice B	45
Apéndice C	46

AGRADECIMIENTOS

A Dios, padre, guía y protector, por colmarme de fe y valor en cada momento que la vida me retaba imponiéndome obstáculos, por darme salud para transitar todo este camino y por siempre haber sido tan bueno.

A mis padres, motores de este sueño y compañeros incansables de camino, celebrando los éxitos, consolando en las derrotas, siempre con el corazón y brazos bien abiertos, sin su apoyo nada de esto hubiese podido materializarse, gracias totales.

A mis hermanos, quienes apoyo y confianza nunca dejaron de brindarme, oportunas palabras de ánimo y entereza siempre tuvieron para mí. A todos mis familiares, por transmitirme su orgullo y solidaridad durante todo este tiempo, haciéndome creer en mí como ellos lo hacían.

A mi tutor, Dr. José Merheb, por haberme recibido con las puertas abiertas cuando lo necesite, por darme un voto de confianza, su paciencia, su apoyo y solidaridad.

DEDICATORIA

Ante todo, dedico este trabajo a DIOS, por inesperadamente ponerme en el muy noble e incomparable camino de la medicina y llenarme de bendiciones en cada segundo de mi vida, permitiéndome alcanzar este objetivo tan importante en el ámbito profesional.

A mis padres, Jesús Aníbal Mujica y Delvalle Josefina Rivera, entregados, tenaces, pacientes, incansables, dedicados en cuerpo y alma a mi felicidad y educación. Son pilares fundamentales en mi vida, siempre han confiado en mí y me han impulsado a cumplir mis sueños.

A mis hermanos, Jesús, Milagro, Milannys y Luis por haber sido los mejores modelos a seguir, son parte fundamental de todo mi crecimiento.

A Mireya Rivera, mi segunda madre y tía consentidora, por enseñarme tanto y confiar en mí.

A mi abuelita Lucia Reyes, la persona que siempre tenía la oración indicada para cada situación y las mejores palabras de motivación para seguir adelante.

A Ana Patricia Pamphil Castillo, por su amistad sincera y por cada momento compartido, que han aportado gran alegría en mi vida, eres lo mejor que pudo llegar a mi vida en esta etapa de postgrado, jamás hubiese sido lo mismo sin ti.

**CORRELACIÓN ULTRASONOGRÁFICA VERSUS
ANATOMOPATOLÓGICA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.
SERVICIO DE GINECOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO “RUIZ Y PAEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO
BOLÍVAR. ENERO 2018 - DICIEMBRE 2023.**

Tutor: Dr. Merheb, J. Autor: Dra. Mujica, M.

2024

RESUMEN

La correlación entre el diagnóstico clínico que conlleva a una histerectomía y su posterior análisis, brinda la oportunidad de obtener una valoración retrospectiva del diagnóstico inicial basado en la gran mayoría de las veces en la anamnesis, examen físico y ayudas diagnósticas complementarias de imagen por ultrasonografía, comparándolas con una prueba final como es la anatomía patológica. **Objetivo:** Establecer la correlación del diagnóstico ultrasonográfico versus anatomopatológico en pacientes histerectomizadas en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2023. **Metodología:** Estudio de corte transversal, correlacional, de campo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 100 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que; 45,0% (n=45) tuvieron edades comprendidas entre 40-49 años, con una media de 49,93 años y 100% (n=100) fueron de raza mestiza. Los signos y síntomas más frecuentes fueron sangrado transvaginal, dolor en hipogastrio y palidez en 86,0% (n=86); 64,0% (n=64) y 62,0% (n=62), respectivamente. El diagnóstico ultrasonográfico más frecuente fue la miomatosis uterina en 90,0% (n=90) y el diagnóstico anatomopatológico prevalente fue el leiomioma en 85,0% (n=85). Por último, al realizar la correlación entre el diagnóstico ultrasonográfico y anatomopatológico, se encontró que, para tumor de ovario, útero de dimensión normal y útero atrófico, la correlación positiva en 100% para cada caso. Para leiomioma, la correlación fue positiva en 94,4% (n=85), mientras que para adenomiosis y pólipo la correlación fue negativa en 65,2% (n=5) y 100% (n=12) respectivamente. **Conclusiones:** La correlación entre el diagnóstico ultrasonográfico y anatomopatológico del útero de dimensión normal, útero atrófico, tumor de ovario y leiomioma fue positiva en pacientes histerectomizadas en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Palabras clave: Histerectomía, ultrasonografía, anatomía patológica, leiomioma.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es la extirpación o resección parcial o completa del útero, junto con la cesárea, es la intervención quirúrgica ginecológica que más se practica en países desarrollados, en los Estados Unidos es el segundo procedimiento quirúrgico mayor más común después de la cesárea y uno de los procedimientos quirúrgicos que ha producido más controversias desde su aparición hasta nuestros días. Habitualmente se usa como último recurso para solventar complicaciones y situaciones obstétricas, en casos donde se han aplicado otras medidas y han fallado (Aarts et al., 2015).

La palabra histerectomía proviene del griego “hystera” que significa útero y “ektomia” que significa sacar por corte, es decir la extracción quirúrgica del útero. La pérdida del útero provoca la imposibilidad absoluta de continuar con la función reproductiva del ser humano, lo que conlleva a la esterilidad de una mujer, puede además ir acompañado de una anexectomía: extirpación de trompas de Falopio y ovarios (Chang y Samayoa, 2018).

El procedimiento de histerectomías data desde los siglos XVIII y XIX, cuando Cavallini (1768), Michaelis (1809) y Bluender (1830), luego de realizar la histerectomía en animales, sugirieron que podía efectuarse en humanos después de una cesárea, cuando era necesario preservar la vida de la paciente, ya que la laparotomía era considerada como un procedimiento muy peligroso. La apertura del abdomen solía complicarse con una hemorragia postoperatoria que con frecuencia era mortal. Para el año 1843, en Manchester-Inglatera, se realiza la primera histerectomía abdominal por Charles Clay pero desafortunadamente la paciente murió en el postoperatorio. Fue hasta 1853, cuando se llevó a cabo la primera histerectomía abdominal exitosa por Ellis Burnham de Lowell en Massachusetts. Tras la introducción de la anestesia, antisepsia, antibióticos y gracias al control de la

hemorragia, la histerectomía abdominal se ha convertido hoy en día en un procedimiento muy frecuente y más seguro (Terzi et al., 2016).

Una fecha muy importante en el desarrollo de la cesárea fue la del 21 de mayo de 1876, en que Eduardo Porro (1846-1902), médico y profesor de obstetricia en Pavia-Italia realizó la primera cesárea-histerectomía para evitar la hemorragia y la sepsis, con supervivencia de madre e hijo. A finales del siglo XX comenzaron a realizarse las primeras cirugías ginecológicas mínimamente invasivas, y en 1988 Reich realizó la primera histerectomía laparoscópica, siguiendo los pasos similares a la técnica abdominal y extirpando el útero por vía vaginal. Gracias a los avances en la tecnología en el campo de la imagen y la electrónica, esta vía de abordaje se ha convertido en la de elección en numerosa patología ginecológica (Driessen et al., 2017).

En Venezuela, la primera histerectomía por afección ginecológica fue hecha por Ponte en 1880 y la primera cesárea-histerectomía, según Razetti por Ruiz en 1907 en el Hospital Vargas de Caracas: se trataba de una segunda gesta con antecedente de fórceps difícil y destrozo genital. En 1908, Lobo publica un caso de histerectomía por infección puerperal, a los 7 días del parto, realizada el 14 de octubre de 1906 en el citado Hospital Vargas; la enferma sobrevivió. En 1912, Lobo escribió: “La histerectomía total, en efecto, constituye la única garantía de salud para el organismo, cuando el agente patógeno ha salvado la barrera mucosa y penetrado profundamente en el tejido intersticial del útero, en los anexos y en la zona conectiva ambiente” (Agüero, 2000).

Después de estas comunicaciones pioneras aparecen datos sobre cesáreas tipo Porro hechas en 1913 por Herrera y en 1914 por Ruiz, indicada por carcinoma del cuello uterino; hay otras indicaciones por elefantiasis de la vulva, presentación de cara, presentación de hombro más sepsis. En 1952 aparece la primera serie grande (57

casos) de histerectomías obstétricas que incluyó, tanto las cesáreas-histerectomías como las histerectomías posteriores a aborto, parto o cesárea, siendo este tipo de enfoque global adoptado en otras series de diversos hospitales del país (Agüero, 2000).

En Estados Unidos la prevalencia de histerectomías es de 26,4% con una tasa que oscila ente 5,4 por 1000 mujeres al año, así como en países con altos ingresos la prevalencia de histerectomía varía principalmente por el área geográfica, la etnia, el nivel de educación y la paridad. Las causas más comunes que conllevan a la realización de una histerectomía se encuentra las patologías uterinas benignas como los leiomiomas uterinos con 51%, en 41% están las hemorragias uterinas anormales, la endometriosis en 30%, prolapso uterino 18,2% y en menor porcentaje se encuentra el cáncer de útero con 9,2% (Paladines, 2022).

La histerectomía como tratamiento, representa un proceso quirúrgico de riesgo, de tal manera que el diagnóstico clínico que lleva a la intervención debe ser claro y estar fundamentado en estudios clínicos, de imagen (ecografía), y/o los que el médico considere necesarios. Además, el diagnóstico preoperatorio juega un papel central en la definición del curso de acción correcto del tratamiento y el tipo de abordaje quirúrgico (Pace et al., 2022).

Existen diferentes tipos de histerectomías y todas implican la extirpación del útero, lo que varía en ellas son los órganos reproductores adicionales y otros tejidos que también se pueden extirpar a saber: 1) histerectomía parcial, que consiste en la extirpación del útero, con preservación del cuello uterino y 2) histerectomía radical, que implica la extirpación del útero, los tejidos cercanos al útero, la parte superior de la vagina y los ganglios linfáticos pélvicos. También se puede extirpar las trompas de Falopio y los ovarios (Driessen et al., 2017).

Los tres abordajes de la histerectomía son la histerectomía abdominal (HA), la histerectomía vaginal (HV) y la histerectomía laparoscópica (HL). La histerectomía laparoscópica tiene tres subdivisiones adicionales dependiendo de la parte del procedimiento realizado laparoscópicamente. La HA, incluye la extracción del útero mediante una gran incisión en el abdomen inferior. La HV, consiste en la extracción del útero por la vagina, sin incisión abdominal y la HL, es un tipo de “cirugía no invasiva” con incisiones pequeñas en el abdomen, en la cual, el útero se extrae con la ayuda de un telescopio quirúrgico (laparoscopia) insertado a través del ombligo e instrumentos insertados a través de dos o tres incisiones adicionales (Mogrovejo et al., 2015).

Cada vía tiene consideraciones especiales para la paciente, relativas a la vuelta a la actividad diaria, duración de la hospitalización, tiempo operatorio, viabilidad técnica y riesgo de lesión intraoperatoria. Existe un consenso general de que la HV es la que se asocia a mejores resultados, con un número menor de complicaciones y mejor coste-efectividad (Cohen et al., 2014).

La histerectomía puede indicarse por patología benigna, premaligna o maligna. Al analizar las causas que motivan la realización de una histerectomía, históricamente, más de 90% de ellas obedece a una causa benigna, habitualmente leiomioma, adenomiosis y defectos del piso pelviano. Sólo 10% de las histerectomías se realizan en contexto de enfermedad maligna ya sea originada en el útero propiamente tal (cuerpo o cuello uterino) o como parte de la etapificación de una neoplasia ginecológica de otro origen (Naveiro, 2018).

En las indicaciones benignas, se encuentran la miomatosis uterina, endometriosis, prolapso genital y las masas anexiales benignas. En cuanto a la miomatosis uterina, los miomas son los tumores pélvicos benignos más frecuentes en las mujeres, estimándose que alrededor de 70% de las mujeres blancas de más de 50

años tienen al menos un mioma. Se clasifican en función de su localización en submucosos, intramurales, subserosos o cervicales y la clínica dependerá principalmente de la localización y el tamaño. El diagnóstico se basa en la anamnesis, la exploración física y la ecografía. El tratamiento quirúrgico se podrá realizar a través de la miomectomía o histerectomía, sólo en casos refractarios a tratamiento médico, dejando la histerectomía para los casos en los que los deseos genésicos estén cumplidos (Lumsden et al., 2015; Munro et al., 2011).

En el caso de los miomas se perciben por ecografía de distintos modos, la mayor parte de ellos aparecen como masas nodulares múltiples, bien definidas, hipoecogénicas y homogéneas. Los antiguos se hacen hiperecogénicos y algunos presentan un patrón ecográfico complejo a consecuencia de una necrosis central. Aquellos que crecen rápidamente, por ejemplo, en el embarazo, pueden confundirse con quistes hipoecogénicos, otros son pedunculados y en ocasiones pueden deprimir la pared posterior de la vejiga. A menudo deforman el contorno normal del útero y la cavidad endometrial. También pueden formarse en el cuello del útero y deformar u obstruir el conducto cervical (Ramírez et al., 2012).

Por su parte, la endometriosis, es una patología crónica de causa desconocida caracterizada por la presencia de tejido endometrial funcionalmente activo fuera de la cavidad uterina, lo que induce a una reacción inflamatoria crónica. Se estima afecta entre un 5% y 10% de las mujeres en edad reproductiva, por lo que su diagnóstico y estadificación son fundamentales. El diagnóstico incluye examen físico, ecografía y resonancia magnética. La indicación de la cirugía es compleja y debe realizarse en casos de fracaso previo del tratamiento médico o intolerancia al mismo; en general, se realiza ablación de las lesiones y adhesiolisis, quistectomía de endometriomas, dejando la histerectomía con doble anexectomía en pacientes con dolor resistente a tratamientos médicos y deseos genésicos cumplidos (SEGO, 2021; Naveiro, 2018).

En la endometriosis, el aspecto ecográfico es variable y está determinado tanto por la naturaleza de los focos endometriósicos, que a menudo son nodulares (secundarios a fibrosis reactiva) o quísticos (secundarios a hemorragia), como por su tamaño o por la presencia de adherencias. Habitualmente se trata de lesiones hipoeoicas que penetran en la capa muscular propia; por lo tanto, pueden distinguirse fácilmente de las estructuras adyacentes, como la grasa abdominal o las capas de la pared intestinal. En otras ocasiones, presentan contenido mixto debido a la presencia de ecos internos; más raramente, pueden aparecer hiperecoicas o quísticas. También pueden verse como lesiones hipoeoicas de morfología laminar a lo largo de la pared intestinal. Los implantes no muestran flujo significativo con la ecografía Doppler color (Salvador et al., 2021).

El prolapso genital, es el descenso o protrusión de los órganos pélvicos y de sus segmentos vaginales asociados, como consecuencia del fallo de estructuras de soporte y sustentación. Se considera como una variedad de hernia a través de un punto débil del suelo pélvico, el hiato urogenital. La prevalencia exacta del prolapso del suelo pélvico es difícil de definir, pero se estima que alrededor de 11,8% de las mujeres son intervenidas por prolapso genital a lo largo de su vida y estas cirugías suponen hasta el 30% de la cirugía mayor ginecológica. El tratamiento podrá ser conservador o quirúrgico y debe ser individualizado en función de la sintomatología de cada paciente y el impacto en su calidad de vida (SEGO, 2021; Alcazar et al., 2013).

A nivel de ecografía, en un corte sagital y con el eje del transductor correspondiente al eje del cuerpo la imagen debe mostrar la uretra, vejiga, sínfisis del pubis, cuerpo uterino, cérvix, vagina, fondo de saco de Douglas, recto, ano, ángulo ano-rectal y musculo elevador del ano. Es necesario destacar que el cuerpo y el cérvix uterino normalmente se les visualizan con menos claridad por encontrarse más distantes al transductor. Se debe evaluar el compartimiento anterior, central, posterior, esfínter anal y músculo elevador del ano; ello se realizará tanto en reposo,

con Valsalva y contracción del suelo pélvico. Vía introital y con el transductor endovaginal, la uretra se visualiza por debajo de la sínfisis del pubis como una imagen hipoeoica de trazo recto o con ligera angulación (ángulo uretral, AU) no mayor de 30°; ángulos mayores están asociados con incontinencia urinaria e hipermovilidad uretral (desplazamiento posteroinferior de la uretra a la maniobra de Valsalva, denotando debilidad del suelo pélvico o prolapso (Apaza, 2016).

Finalmente, las masas anexiales, afectan con más frecuencia a pacientes premenopáusicas entre los 20 y 45 años. Suelen ser asintomáticas y se diagnostican casualmente en una exploración o ecografía por otro motivo. En otras ocasiones la clínica puede ser compresiva o pueden presentar dolor abdominal crónico o agudo en caso de que se compliquen por torsión, rotura, hemorragia o infección. El diagnóstico de elección de una masa pélvica es la ecografía, que permite valorar la naturaleza benigna o maligna. En masas anexiales de bajo riesgo no suele ser necesario una actitud quirúrgica y puede optarse por una actitud expectante (Liu y Zanotti, 2011; Melero, 2013).

En casos de duda, el tratamiento definitivo es el quirúrgico que suele hacerse por vía abdominal o laparoscópica. La cirugía puede variar desde la quistectomía ovárica, la anexectomía o la histerectomía con doble anexectomía, que será más recomendable en pacientes postmenopáusicas o incluso en algunas perimenopáusicas con los deseos genésicos cumplidos (Liu y Zanotti, 2011; Melero, 2013).

Desde el punto de vista ecográfico, el objetivo no es hacer diagnósticos histológicos, pero, sí se pretende una caracterización apropiada de las lesiones. Para muchos expertos el objetivo no es decir que una masa es ‘definitivamente’ benigna o ‘definitivamente’ maligna, sino más bien decir que es “casi con toda seguridad benigna” o que tiene una “posibilidad razonable de malignidad”. Se ha intentado mejorar el rendimiento diagnóstico utilizando sistemas de puntuación. Los sistemas

más utilizados han sido los de Sassone, DePriest, Lerner, Alcázar, Valentin. También se ha usado el llamado Índice de Riesgo de Malignidad (IRM) que combina el aspecto ecográfico, el estado menopáusico y el Ca 125 (Salcedo, 2017).

En relación a las indicaciones premalignas, entre ellas se encuentra: la hiperplasia endometrial atípica, el tumor de ovario borderline y la displasia cervical. La hiperplasia endometrial atípica, es la proliferación de glándulas de forma y tamaño irregular, con un incremento en la relación glándula/estroma en comparación con un endometrio normal. Su incidencia en mujeres postmenopáusicas sintomáticas alcanza hasta 15% y se dividen en dos grandes grupos, las que presentan atipia celular y las que no, y, ante la sospecha es necesario realizar una buena anamnesis, descartando otras causas orgánicas de hemorragia mediante una exploración ecográfica y ginecológica. El tratamiento debe realizarse de manera individualizada; en la hiperplasia sin atipias se tratará médicamente, mientras que el tratamiento de elección ante hiperplasia con atipias es la histerectomía, salvo en pacientes con deseos genésicos o en aquellas en las que el tratamiento quirúrgico esté contraindicado (Sanderson et al., 2017; Gonthier et al., 2015).

En cuanto a su diagnóstico ecográfico, la medición del grosor endometrial es la elección, realizada en un corte sagital del útero. El resultado es la medida del doble espesor de la capa endometrial tomando una medida anteroposterior de una capa basal a la otra, con exclusión de cualquier fluido dentro de la cavidad. Los valores de corte para el grosor endometrial han sido estudiados en relación con la sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de cáncer de endometrio y definir así cuándo indicar un estudio histológico en estas pacientes; teniendo en cuenta además si tienen o no sangrado vaginal. La mayoría de los autores mencionan un valor de corte de 4-5 mm (Bonilla y Zapata, 2018).

En el caso de los tumores de ovario borderline (TB), o de bajo potencial de malignidad, constan de tumores del epitelio de superficie-estroma que tienen rasgos histológicos y citológicos intermedios entre los tumores benignos y malignos, de mejor pronóstico que los carcinomas. Los TB, son en su mayoría asintomáticos y se descubren de forma incidental al hacer una exploración rutinaria o una ecografía, sin embargo, el TB es un diagnóstico histológico por lo que se requiere una evaluación quirúrgica para obtener una muestra que se realizará a menudo intraoperatoriamente. El tratamiento clásico de los TB y el de elección en pacientes sin deseo de gestación o sin deseo de preservación de función ovárica, o con TB en estados avanzados, es la cirugía radical más la cirugía de estadificación. La cirugía radical consiste en la histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral (Harter et al., 2014; Ouldamer et al., 2016).

En el diagnóstico imagenológico es indispensable la ecografía tanto por vía transabdominal como transvaginal. El valor principal de la ecografía reside en la confirmación de la presencia o ausencia de un tumor pélvico, localización del origen (ovario, trompa, útero), visión de la arquitectura interna de la lesión (sospecha de distinción entre benignidad y malignidad), visión de la afección asociada a dicho tumor (ascitis, lesiones hepáticas, entre otras); no obstante, la ecografía se muestra desacertada en la observación de lesiones como la afectación intestinal y nódulos retroperitoneales, por citar algunos (Pons et al., 2012).

Se define que un tumor tiene baja sospecha de malignidad cuando presenta bordes regulares, límites precisos, contenido total o predominantemente sonoluscente, ausencia de tabiques o tabiques finos (menores de 3 mm) y de excrecencias en la pared interna o en los tabiques, si estos existen. En la medida que la morfología de la imagen se aleja de estos parámetros la probabilidad de malignidad aumenta, se caracteriza por presentar áreas marcadamente ecorrefringentes e irregulares, tabiques

gruesos (más de 3mm) con excrecencias, pared interna irregular, así como límites imprecisos y de gran tamaño (Pons et al., 2012).

Las displasias cervicales y posteriormente el cáncer de cérvix se originan por una infección viral persistente y mal controlada de un genotipo oncogénico del virus del papiloma humano (VPH) y el diagnóstico se realiza mediante tres pruebas diagnósticas básicas, la citología, la colposcopia y la biopsia. En el caso de la histerectomía, se realizará en aquellos casos en los que haya afectación de 2 o 3 márgenes sin deseo gestacional, alguna enfermedad benigna asociada que pueda recomendar este procedimiento, imposibilidad de control de la paciente o recidivas persistentes tras tratamientos escisionales (Ting et al., 2015; Laudadio et al., 2013).

En las indicaciones de patologías malignas, se encuentran: el adenocarcinoma, cáncer de endometrio, cáncer de cérvix, cáncer de ovario y sarcoma uterino. El cáncer de endometrio, es el tumor maligno del aparato genital femenino más frecuente y el segundo en mortalidad tras el cáncer de ovario. Existen dos tipos de tumores endometriales claramente diferenciados, tanto por su histología como por su biología, pronóstico y tratamiento. El tipo I o adenocarcinoma endometriode, el cual es hormono dependiente y el tipo II, más frecuente en la postmenopausia. El diagnóstico es clínico, ecográfico y a través de biopsia endometrial; y la base del tratamiento quirúrgico es la histerectomía total con doble anexectomía, la cual puede realizarse por vía abdominal o laparoscópica (Ferlay et al., 2015; Helpman et al., 2014).

En cuanto al cáncer de cérvix, es el segundo cáncer en frecuencia en la mujer a nivel mundial, generalmente debido a infecciones por VPH de alto riesgo. Suele ser asintomático y su diagnóstico debe hacerse siempre con confirmación histológica mediante biopsia, generalmente en la realización de una colposcopia. Las opciones terapéuticas variarán en función del estadio clínico y de los factores pronósticos e incluyen la conización, traquelectomía simple o radical, histerectomía simple

(extrafacial) o radical y radioterapia (radioterapia externa + braquiterapia) más quimioterapia (SEGO, 2016; Zeppernick y Meinhold, 2014).

En relación al cáncer de ovario, representa la neoplasia ginecológica con la tasa de mortalidad más alta y es la quinta causa de muerte por cáncer en mujeres. Generalmente el cáncer de ovario, de trompas de Falopio o de peritoneo no causa signos o síntomas tempranos y cuando éstos aparecen el estadio ya suele ser avanzado. Ante una paciente con una sospecha de cáncer de ovario habrá que realizar una anamnesis detallada, exploración general, abdominal, pélvica y una ecografía vaginal o abdominal para evaluar la masa anexial, su tamaño y los signos de sospecha; el diagnóstico de certeza de malignidad es siempre histopatológico, pudiendo realizarse una biopsia diferida o intraoperatoria. El manejo consiste en la resección quirúrgica, con histerectomía en conjunto con quimioterapia adyuvante (Uppal et al., 2016).

Finalmente, el sarcoma uterino, son tumores malignos poco frecuentes que representan sólo 1% de cánceres ginecológicos. El diagnóstico se realiza generalmente de manera casual tras el estudio histológico de la pieza quirúrgica de una histerectomía o miomectomía, ya que la presentación clínica es muy similar a la de la patología uterina benigna. El tratamiento principal es quirúrgico con el objetivo de una resección lo más completa posible de toda enfermedad macroscópica tumoral, tanto uterina como abdominal, con márgenes de resección seguros (SEGO, 2020; Uppal et al., 2016).

En general, la histerectomía como tratamiento, representa un proceso quirúrgico de riesgo, de tal manera que el diagnóstico clínico que lleva a la intervención debe ser claro y estar fundamentado en estudios clínicos, de imagen y los que el médico considere necesarios. Además, el diagnóstico preoperatorio juega un papel central en la definición del curso de acción correcto del tratamiento y el tipo de abordaje

quirúrgico. Dentro del diagnóstico clínico, el sangrado uterino anormal es el síntoma más frecuente y también el principal motivo de consulta en estas pacientes (Pace et al., 2022).

El sangrado uterino anormal, se define como el sangrado procedente del útero que no sigue el patrón normal de los ciclos menstruales. De acuerdo a un consenso realizado en 17 países, estadifican la causa del sangrado uterino anormal en 9 categorías, con el acrónimo PALM COEIN (P: pólipo; A: adenomiosis; L: leiomioma; M: malignidad; C: coagulopatía; O: disfunción ovárica; E: endometrio; I: iatrogenia; N: no clasificada), siendo PALM las causas estructurales y COEIN las no estructurales (Sepúlveda y Sepúlveda, 2020).

La exploración con ultrasonidos ha adquirido un lugar preeminente en el diagnóstico ginecológico y se ha consolidado en la práctica como un método imprescindible de gran efectividad y enorme interés clínico. De unos años a esta parte, la ecografía ha supuesto una nueva forma de “hacer”, una nueva forma de “ver” y, consecuentemente, una nueva forma de “actuar” y enfocar los múltiples procesos que afectan al aparato genital femenino (González et al., 2009).

La ecografía, posee su ya reconocida importancia en la ginecología para evaluar los órganos pelvianos femeninos, sin embargo, su máximo desempeño se limita muchas veces solo a los diagnósticos gineco-obstétricos. Un simple barrido ecográfico del abdomen con una sonda abdominal proporciona, en cuestión de minutos, una información acerca del estado del útero y de los ovarios muy extensa. A esto se añaden otras apreciaciones no menos importantes relacionadas con los alrededores anatómicos del aparato genital, todas de gran interés diagnóstico (González et al., 2009; Pérez y Velasco, 2010).

La ecografía ginecológica es una técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas sonoras para crear imágenes de los órganos reproductivos de la mujer. La técnica consiste en lo siguiente: se aplica un gel conductor en la zona a explorar, la pelvis y se introduce una sonda de ecografía en la vagina o se coloca sobre la piel del abdomen. La sonda emite ondas sonoras que rebotan en las estructuras corporales y regresan a la sonda, donde un ecógrafo transforma las ondas sonoras en imágenes.

La ecografía ginecológica puede realizarse de dos formas, por vía transvaginal, donde se introduce la sonda en la vagina, cubierta con un condón y un gel y, transabdominal, donde se coloca la sonda sobre la piel del abdomen o la pelvis. En la ecografía transvaginal es preferible que la vejiga este vacía y, en la ecografía transabdominal es preferible que la vejiga esté llena de orina para facilitar la identificación de los órganos (González et al., 2009).

En los últimos años, el método se ha ido perfeccionando y modernizando mediante la utilización de ecógrafos de alta resolución. Tal es el caso de la reciente incorporación de la ecografía tridimensional (3-D y 4-D), que proporciona una visión estereoscópica y volumétrica de la anatomía y patología genital y, por fin, la obtención, a través del efecto Doppler, de un “mapa vascular” de gran utilidad práctica en la interpretación de la naturaleza benigna o maligna de cualquier tumoración ginecológica (González et al., 2009; Espinosa et al., 2019).

La importancia de la ecografía ginecológica 3D-4D es la aportación del tercer plano, lo que supone un cambio sustancial en el estudio de los órganos de la pelvis femenina, ya que es posible observar y analizar volumétricamente tales órganos (Ramírez, et al., 2012).

Así mismo, en términos oncológicos, la ecografía se ha convertido en una herramienta importante, accesible y económica para el diagnóstico diferencial de la

mayoría de lesiones tumorales del aparato reproductor femenino y como método inicial para estudiar la extensión local de la enfermedad en el caso del cáncer de ovario, endometrio y cérvix (Ramírez, et al., 2012).

En cuanto al diagnóstico anatomopatológico, proporciona el diagnóstico final sobre la base a partir de la cual se planifica el tratamiento y sirve como estándar de oro para el control de calidad de la citología y la colposcopia. La exactitud de este tipo de diagnóstico depende de que las muestras de tejido tomadas sean adecuadas, así como de la descripción macroscópica precisa, del procesamiento técnico, de la interpretación microscópica y la gestión de la calidad que correlaciona el diagnóstico citológico e histológico (Villegas et al., 2018).

La correlación entre el diagnóstico clínico que lleva a un procedimiento de histerectomía y su posterior análisis, es de vital importancia, pues brinda la oportunidad de obtener una valoración retrospectiva del diagnóstico inicial basado en la gran mayoría de las veces en la anamnesis, examen físico y ayudas diagnósticas complementarias de imagen por ultrasonografía, comparándolas con una prueba final como es la anatomía patológica (Mogrovejo et al., 2015).

En la patología uterina la discrepancia de los reportes de ultrasonografía, puede explicarse por las diferencias en las definiciones y términos utilizados para describir los hallazgos ecográficos o bien por el tamaño pequeño de la muestra en estudios ya realizados. La relación entre las características descritas por ultrasonido y la presencia o ausencia de la patología uterina no se ha terminado de dilucidar. Está bien aceptado que diversas patologías pueden detectarse con precisión mediante un examen anatomopatológico, es entonces que estas dos herramientas son consideradas como sistemas complementarios para las pacientes con alguna de las patologías uterinas (Ramírez et al., 2012).

A pesar de que se ha avanzado mucho en los últimos años en el entendimiento, los sistemas de clasificación y en el diagnóstico de las diferentes causas de sangrado uterino anormal, pueden existir pacientes sintomáticas con hallazgos que pasen desapercibidos ecográficamente, que pueden ser la causa de la patología presentada, y solo son confirmados en la anatomopatología. Pueden haber más de un hallazgo ecográfico como causa, que no son reportados en el estudio pre quirúrgico de las pacientes (Ramírez et al., 2012).

Siendo la histerectomía una cirugía que con mayor frecuencia se realiza en la práctica ginecológica es transcendental conocer el diagnóstico clínico que lleva a la paciente a someterse a este procedimiento quirúrgico y que posteriormente sea confirmado con el de anatomía patológica, para establecer el grado de asertividad del diagnóstico clínico prequirúrgico (Ramírez et al., 2012).

Sobre el tema de la correlación se han realizado una serie de estudios, en primer lugar, en México, Zavala (2016), evaluó la correlación entre el diagnóstico ultrasonográfico e histopatológico en pacientes con enfermedades endometriales. Los resultados mostraron que, hubo una discrepancia de 75% entre ambas herramientas diagnósticas en una muestra de 100 pacientes, siendo el principal diagnóstico ultrasonográfico la hiperplasia endometrial con miomatosis. En contra parte, fue la adenomiosis con hiperplasia el principal diagnóstico histopatológico.

En Ecuador, Mogrovejo et al. (2015) determinaron la correlación entre el diagnóstico preoperatorio clínico y por ultrasonido con el resultado de anatomía patológica en pacientes sometidas a histerectomías, en el cual, fueron identificados 526 casos, siendo más frecuente en pacientes de más de 44 años, nivel de instrucción primaria, casadas y procedentes del área urbana. El principal diagnóstico clínico fue miomatosis uterina con 51,9%; por ecografía 72,4% y anatomía patológica la leiomiomatosis con 48,2%; las correlaciones fueron las siguientes: diagnóstico clínico

– diagnóstico ecográfico= 93,22%; diagnóstico clínico – diagnóstico anatomopatológico= 80,77%; diagnóstico ecográfico – diagnóstico anatomopatológico= 80,06% y correlación entre los 3 tipos de diagnósticos: 75,57%.

Por su parte, en Perú, Zapata (2009), determinó la correlación entre el diagnóstico de leiomiomatosis uterina en el pre-operatorio y el estudio anatomopatológico posterior a histerectomía, donde encontró, que el grupo mayor afectado fue de 41-45 años (39,82%). Todas de las pacientes tuvieron como criterio de diagnóstico prequirúrgico el examen clínico y el eco transvaginal, y a 100% se les realizó punción con aguja fina y biopsia de endometrio. En 65,48% de las pacientes se confirmó el diagnóstico de leiomiomatosis por anatomía patológica, y en 15,04% se encontró adenomiosis. La correlación clínica estuvo presente en 65,48% de los pacientes a través de eco transvaginal y hallazgo anatomopatológico de leiomiomatosis uterina.

En Colombia, Villadiego (2022), realizó un estudio con el objetivo de estimar la concordancia diagnóstica de la ecografía transvaginal con la anatomopatología en pacientes histerectomizadas por sangrado uterino anormal. El estudio encontró, valores de sensibilidad para el diagnóstico ecográfico de la miomatosis de 85,7%; especificidad 64,3%; valor predictivo positivo 84,4%; valor predictivo negativo 66,7 e índice de concordancia k de 0,505, correspondiente a una fuerza de concordancia moderada. Así mismo, para el diagnóstico de adenomiosis mostró sensibilidad 43,8%; especificidad 92,0%; valor predictivo positivo 53,9%; valor predictivo negativo 88,5% e índice de concordancia k de 0,386 correspondiente a una fuerza de concordancia débil. Para el resto de diagnósticos no hubo correlaciones.

En Venezuela, Espinosa et al. (2019), determinaron la correlación clínica, ultrasonográfica e histológica en patología endometrial, en pacientes tratadas en el Servicio de Cirugía del Hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez, entre 2006 y 2016.

Los resultados mostraron que, ecográficamente, el diagnóstico más frecuente fue leiomiomatosis uterina (87 casos, 79,1%). En 54 casos (49,1%) la biopsia de endometrio reportó secretor sin atipia. Además, hubo correlación estadística entre la clínica y la biopsia de endometrio ($p=0,478$ Kappa=0,00). La correlación estadística entre el ultrasonido y la biopsia de endometrio fue casi perfecta ($p=0,000$ Kappa=0,947) y entre la biopsia preoperatoria y la definitiva fue moderada ($p=0,000$ Kappa 0,542). En cuanto a la sensibilidad del ultrasonido fue de 100% y especificidad de 90,91%.

En nuestro medio, no se cuenta con información en la literatura sobre el tema planteado y, si bien en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, se han atendido un número considerables de casos a lo largo del tiempo de pacientes con patologías uterinas y que han sido histerectomizadas, el referido servicio no cuenta con una base de datos y/o información al respecto. En ese sentido, bajo estos postulados se propone realizar un estudio con el propósito de establecer si existe una correlación positiva o negativa entre el diagnóstico ultrasonográfico versus el anatomopatológico en las pacientes histerectomizadas en el Servicio de Ginecología del referido complejo hospitalario durante el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2023.

Los principales beneficiarios de estos hallazgos primeramente serán las pacientes con patología ginecológica que acuden a este centro de salud, luego los datos serán de mucha utilidad para todos los profesionales que se desempeñan en el Hospital específicamente en el área de Ginecología y para estudiantes y docentes de nuestra casa de estudios. Es por ello que se plantean las siguientes interrogantes: ¿Cuál será la correlación del diagnóstico ultrasonográfico versus anatomopatológico en pacientes histerectomizadas en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar?

JUSTIFICACIÓN

En Ginecología, debido a la amplia variedad de patologías pélvicas que se presentan, es necesario contar con pruebas que posean una alta sensibilidad y especificidad, que permitan el diagnóstico certero y oportuno, así como el tratamiento adecuado, que brinden a las pacientes resolución completa a sus patologías. Basado en ello, el estudio de la correlación entre el diagnóstico clínico, ecográfico y el posterior diagnóstico anatomopatológico en Ginecología, permite afinar la clínica y brinda datos sobre la presentación de la enfermedad, además, se exponen formas poco frecuentes de presentación de enfermedades, las cuales son confirmadas con anatomía patológica (Pace et al., 2022).

Por otro lado, al ser la histerectomía, uno de los procedimientos de mayor importancia en la práctica ginecológica, es relevante conocer los diagnósticos clínicos y de ultrasonido que llevan a esta cirugía, así como cotejar estos diagnósticos con los hallazgos anatomopatológicos; de esta manera, retrospectivamente, es posible establecer la sensibilidad y especificidad del diagnóstico ecográfico y aportar datos epidemiológicos que orienten a futuros diagnósticos (Naveiro, 2018).

En Venezuela, a raíz de la pandemia por COVID-19, han disminuido las investigaciones en todos los ámbitos de la salud. Es por ello que, en nuestro medio no se cuentan con estudios actualizados sobre este tema. En ese sentido, se justifica el desarrollo de este trabajo, por lo que se pretende no solo aportar información regional sobre el tema, sino permitir la unificación de criterios respecto al manejo de estas patologías al brindar una adecuada correlación entre hallazgos con altos niveles de sensibilidad y especificidad, lo que pudiera redundar en el beneficio de las pacientes histerectomizadas.

OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer la correlación del diagnóstico ultrasonográfico versus anatomopatológico en pacientes histerectomizadas en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2023.

Objetivos específicos

1. Clasificar a las pacientes histerectomizadas según grupo etario.
2. Catalogar a las pacientes histerectomizadas según raza.
3. Enumerar los signos y síntomas más frecuentemente encontrados.
4. Describir los diagnósticos ultrasonográficos de las pacientes sometidas a histerectomías.
5. Identificar los diagnósticos anatomopatológicos de las pacientes sometidas a histerectomías.
6. Determinar la correlación entre el diagnóstico ultrasonográfico y anatomopatológico de las pacientes participantes.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Este estudio fue de corte transversal, descriptivo, correlacional, de campo, no experimental.

Universo

Conformado por todas las pacientes que estuvieron hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2023.

Muestra

Conformada por 100 pacientes sometidas a histerectomía en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2023, siguiendo con los criterios de inclusión estipulados en los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes histerectomizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Ruiz y Páez”, durante el periodo enero de 2018 a diciembre de 2023.
- Pacientes con base de datos completos con relación al diagnóstico ultrasonográfico.

- Pacientes con base de datos completos con relación al diagnóstico anatomopatológico.
- Historias clínicas con información completa.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas.
- Pacientes sin diagnóstico ecográfico en la historia clínica de ingreso.
- Pacientes histerectomizadas sin estudio anatomopatológico registrado en la historia clínica.

Procedimientos

Se elaboró una carta dirigida al Departamento del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, así como al Departamento de Registro y Estadística en salud, a fin de solicitar la autorización y colaboración para la realización del trabajo de investigación (Apéndice A-B).

Por último, se realizó el llenado de la hoja de recolección de datos que fueron obtenidos de la historia clínica, con el fin de recoger datos como: grupo etario, raza, signos y síntomas, diagnóstico ultrasonográfico y diagnóstico anatomopatológico.

Los datos fueron vaciados en una ficha de control diseñada para tal fin (Apéndice C).

Análisis Estadístico

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia utilizando valores absolutos; realizados con el programa Microsoft Excel® 2010 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de los mismos. Se hizo uso del porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

De la muestra conformada por 100 pacientes hysterectomizadas; 45,0% (n=45) tuvieron edades comprendidas entre 40-49 años, seguidas de aquellas que tuvieron entre 50-59 años, donde se encontró al 31% (n=31) de la muestra. La edad media fue 49,93 años (Tabla 1). En cuanto a la raza, en todos los casos se documentó la raza mestiza para 100% (n=100) (Tabla 2).

Los signos y síntomas más frecuentes fueron sangrado transvaginal, dolor en hipogastrio y palidez en 86,0% (n=86); 64,0% (n=64) y 62,0% (n=62), respectivamente, siendo los menos frecuentes incontinencia urinaria y sensación de peso en zona pélvica en 15,0% (n=15) 12,0% (n=12) (Tabla 3).

El diagnóstico ultrasonográfico más frecuente fue la miomatosis uterina en 90,0% (n=90) de los casos, seguido de adenomiosis y tumor de ovario con 6,0% (n=6), para cada caso (Tabla 4). Por su parte, el diagnóstico anatomopatológico prevalente fue el leiomioma 85,0% (n=85), seguido de adenomiosis 23,0% (n=23), pólipo en 12,0% (n=12), fibrosis miometrial en 5,0% (n=5), endometrio atrófico en 4,0% (n=4), teratoma quístico benigno de ovario en 4,0% (n=4) y cistoadenoma seroso papilar de ovario en 2,0% (n=2) (Tabla 5).

Por último, al realizar la correlación entre el diagnóstico ultrasonográfico y anatomopatológico, se encontró que, para tumor de ovario, útero de dimensión normal y útero atrófico, la correlación fue positiva en 100% para cada caso. Para leiomioma, la correlación fue positiva en 94,4% (n=85), mientras que para adenomiosis y pólipo la correlación fue negativa en 65,2% (n=15) y 100% (n=12) respectivamente (Tabla 6).

Tabla 1

Distribución de pacientes histerectomizadas según edad. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2018 - diciembre 2023.

Edad (años)	Pacientes histerectomizadas (n=100; 100%)
	n (%)
Media aritmética	49,93
30-39	8 (8,0)
40-49	45 (45,0)
50-59	31 (31,0)
60-69	14 (14,0)
70-79	2 (2,0)

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica.

Tabla 2

Distribución de pacientes histerectomizadas según raza. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2018 - diciembre 2023.

Raza	Pacientes histerectomizadas (n=100; 100%)
	n (%)
Mestiza	100 (100)
Caucásica	0 (0,0)
Afrodescendiente	0 (0,0)

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica.

Tabla 3

**Distribución de pacientes hysterectomizadas según signos y síntomas.
Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”.
Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2018 - diciembre 2023.**

Signos y síntomas	Pacientes hysterectomizadas (n=100; 100%)
	n (%)
Sangrado transvaginal	86 (86,0)
Dolor en hipogastrio	64 (64,0)
Palidez cutáneo mucosa	62 (62,0)
Debilidad generalizada	48 (48,0)
Palpitaciones	29 (29,0)
Mareos	20 (20,0)
Astenia	17 (17,0)
Incontinencia urinaria	15 (15,0)
Sensación de peso en zona pélvica	12 (12,0)

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica.

Nota: Algunas pacientes presentaron más de un signo y síntoma.

Tabla 4

Distribución de pacientes histerectomizadas según diagnóstico ultrasonográfico. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2018 - diciembre 2023.

Diagnóstico ultrasonográfico	Pacientes histerectomizadas (n=100; 100%)
	n (%)
Miomatosis uterina	90 (90,0)
Adenomiosis	8 (8,0)
Tumor de ovario	6 (6,0)
Útero de dimensión normal	5 (5,0)
Útero atrófico	4 (4,0)

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica.

Nota: Algunas pacientes presentaron más de un diagnóstico ultrasonográfico.

Tabla 5

Distribución de pacientes histerectomizadas según diagnóstico anatomopatológico. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2018 - diciembre 2023.

Diagnóstico anatomopatológico	Pacientes histerectomizadas (n=100; 100%)
	n (%)
Leiomioma	85 (85,0)
Adenomiosis	23 (23,0)
Pólipo	12 (12,0)
Fibrosis miometrial	5 (5,0)
Endometrio atrófico	4 (4,0)
Teratoma quístico benigno de ovario	4 (4,0)
Cistoadenoma seroso papilar de ovario	2 (2,0)

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica.

Nota: Algunas pacientes presentaron más de un diagnóstico anatomopatológico.

Tabla 6

Distribución de pacientes histerectomizadas según la correlación entre el diagnóstico ultrasonográfico y anatomopatológico. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Enero 2018 - diciembre 2023.

Diagnóstico	Correlación	
	Positiva	Negativa
	n (%)	n (%)
Tumor de ovario	6 (100)	0 (0,0)
Útero de dimensión normal	5 (100)	0 (0,0)
Útero atrófico	4 (100)	0 (0,0)
Leiomioma	85 (94,4)	5 (5,6)
Adenomiosis	8 (34,8)	15 (65,2)
Pólipo	0 (0,0)	12 (100)

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica.

DISCUSIÓN

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza para salvar la vida de las pacientes que presentan patologías uterinas que son mortales, permitiendo disminuir el sufrimiento de las mujeres que presentan estas enfermedades mejorando la calidad de vida, por ende, disminuyendo la ansiedad y la depresión, especialmente en aquellas pacientes en el cual el diagnóstico clínico y ecográfico son los correctos y, además, siendo comprobados con anatomía patológica (Paladines, 2022).

En el presente estudio, la mayoría de las pacientes tuvieron entre 40-49 años, con una media de 49,93 años. Resultados similares a los reportados por Escalante (2012) en México, quienes encontraron un rango de edad de 26 a 78 años, con una media de 44,5 años. En Ecuador, Mogrovejo et al. (2015) y Paladines (2022) establecieron una media de 46,4 años y 44 años, respectivamente y, en Perú, Zapata (2009), señaló que, el grupo mayor afectado fue de 41-45 años n 39,82%.

Por otra parte, todas las pacientes son de raza mestiza. No obstante, a pesar de haber realizado una búsqueda exhaustiva en revistas indexadas nacionales e internacionales, no se encontraron estudios en los cuales se hiciera referencia al desarrollo de esta variable.

Los signos y síntomas más frecuentes fueron sangrado transvaginal, dolor en hipogastrio y palidez, siendo estos resultados los más publicados en la literatura por diversos autores como Álvarez (2010), Mogrovejo et al. (2015), Espinosa et al. (2019), Paladines (2022) quienes sitúan al sangrado transvaginal como el síntoma más frecuente en pacientes con patología uterina. En ese sentido, para Escalante (2012) el sangrado uterino anormal se observó en 32,8% de los casos y, en Paris, Bazot

et al. (2001) establecieron que el sangrado y otros trastornos pélvicos adicionales se presentaron en 82,5% de los casos.

El diagnóstico ultrasonográfico más frecuente fue la miomatosis uterina. En similitud con autores como Escalante (2012), Mogrovejo et al. (2015), Zavala (2016), Espinosa et al. (2019) y Mahajan et al. (2020) quienes determinaron que la miomatosis uterina fue el diagnóstico ultrasonográfico más frecuente en 87,9%; 72,4%; 56%; 79,1% y 62,8% respectivamente. Asimismo, en Ecuador, Paladines (2022) precisó también que la patología más frecuente que llevaron a una histerectomía al grupo de estudio fue la miomatosis uterina con un porcentaje de 65,0%, seguido del prolapso uterino con 9,2%; mientras que el diagnóstico menos frecuente fue la hemorragia uterina disfuncional, malformación arteriovenosa del útero y tumor de ovario.

De igual manera, el diagnóstico anatomopatológico prevalente fue el leiomioma. En concordancia con Bazot et al. (2001), Zapata (2009), Escalante (2012) y Mogrovejo et al. (2015), señalaron que el leiomioma fue más frecuente 47,5%; 65,48%; 64%; 48,2% respectivamente. Según Paladines (2022) el diagnóstico anatomopatológico más frecuente también fue el leiomioma con 57,8% de los casos, seguido de cervicitis crónica con 9,8%. Por su parte, en este estudio, la adenomiosis fue el segundo diagnóstico encontrado. En ese sentido, la prevalencia de adenomiosis para Bazot et al. (2001), Zavala (2016) y Paladines (2022) fue de 33,0%; 36% y 7,8% respectivamente.

Por último, se encontró correlación positiva entre diagnóstico ultrasonográfico y anatomopatológico en los casos de tumor de ovario, útero de dimensión normal, útero atrófico y leiomioma, con una correlación negativa en los casos de adenomiosis y pólipos. Según Mogrovejo et al. (2015), la correlación entre diagnóstico ecográfico y diagnóstico anatomopatológico fue de 80,06%.

Así mismo para Espinosa et al. (2019), la correlación estadística entre el ultrasonido y la biopsia de endometrio fue casi perfecta ($p=0,000$) y, para Zapata (2009), la correlación estuvo presente en 65,48% de los pacientes a través de eco transvaginal y hallazgo anatomopatológico de leiomiomatosis uterina.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes tuvieron edades comprendidas entre 40-49 años, con una media de 49,93 años.
2. Todas las pacientes fueron de raza mestiza.
3. Los signos y síntomas más frecuentes fueron sangrado transvaginal, dolor en hipogastrio y palidez.
4. El diagnóstico ultrasonográfico más frecuente fue la miomatosis uterina.
5. El diagnóstico anatomopatológico prevalente fue el leiomioma.
6. Se encontró correlación positiva entre diagnóstico ultrasonográfico y anatomopatológico en los casos de tumor de ovario, útero de dimensión normal, útero atrófico y leiomioma, con una correlación negativa en los casos de adenomiosis y pólipos.

RECOMENDACIONES

1. Impulsar la capacitación y actualización continua del personal médico sobre las últimas recomendaciones y guías clínicas referente al uso del ultrasonido e interpretación de los hallazgos ecográficos.
2. Promover la utilización de herramientas tecnológicas avanzadas, como la ecografía 3D-4D e histeroscopia, para mejorar la precisión diagnóstica en la evaluación de las patologías ginecológicas.
3. Complementar el ultrasonido con otros métodos de imagen, como la resonancia magnética o la tomografía computarizada, en casos de hallazgos dudosos.
4. Destacar la importancia de la existencia del servicio de anatomía patológica a nivel de salud pública, para optimizar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las patologías ginecológicas.
5. Fomentar la investigación y la publicación de estudios que aborden la correlación entre los diagnósticos ultrasonográficos y anatomopatológicos en pacientes histerectomizadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarts J, Nieboer T, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BW, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;8: 003677.
- Agüero, O. Histerectomías obstétricas en hospital privado. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2000; 60 (4): 239-243.
- Alcazar J, Pascual M, Olartecoechea B, Graupera B, Auba M, Ajossa S, et al. IOTA simple rules for discriminating between benign and malignant adnexal masses: prospective external validation. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013; 42:467-71.
- Álvarez, A. Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2010; 36 (1).
- Bazot, M., Cortez, A., Darai, E., Rouger, J., Chopier, J., Uzan, S. Ultrasonography compared with magnetic resonance imaging for the diagnosis of adenomyosis: correlation with histopathology. *Hum Reprod*. 2001; 16 (11): 2427-2433.
- Bonilla O, Zapata L. Hiperplasia endometrial y criterios ecográficos: reporte de caso y revisión de la literature. *Medicina*. 2018; 37(2): 149-153.
- Cohen S, Vitonis A, Einarsson J. Updated hysterectomy surveillance and factors associated with minimally invasive hysterectomy. *JSLs*. 2014;18.

- Chang, L. y Samoaya, L. Calidad de vida en pacientes sometidas a histerectomía. [Internet]. 2019. [Citado 29 sep 2024]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10748.pdf.
- Driessen S, Wallwiener M, Taran F, Cohen S, Kraemer B, Wallwiener C, et al. Hospital versus individual surgeon's performance in laparoscopic hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet*. 2017; 295: 111-117.
- Escalante, M. Correlación del diagnóstico clínico con el anatomopatológico de pacientes postoperadas de histerectomía. [Tesis de Grado] Ciudad de México, México. Universidad Nacional Autónoma de México, 2012, pp 27. [Citado 29 sep 2024]. Disponible en: https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000676840/3/0676840_A1.pdf.
- Espinosa B, Calderaro F, Manzur J. Correlación clínica, imagenológica e histológica en patología endometrial. Experiencia en el hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez (2006-2016). *Revista Digital de Postgrado*. 2019; 8(3).
- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015; 136: 359-386.
- Gonthier C, Piel B, Touboul C, Walker F, Cortez A, Luton D, et al. Cancer Incidence in Patients with Atypical Endometrial Hyperplasia Managed by Primary Hysterectomy or Fertility-sparing Treatment. *Anticancer Res*. 2015; 35:6799-804.

González A, Rodríguez R, Herrero B. Ecografía en ginecología. *An Pediatr Contin.* 2009;7(4):228-33.

Harter P, Gershenson D, Lhomme C, Lecuru F, Ledermann J, Provencher D, et al. Gynecologic Cancer InterGroup (GCIIG) consensus review for ovarian tumors of low malignant potential (borderline ovarian tumors). *Int J Gynecol Cancer.* 2014; 24:5-8.

Helpman L, Kupets R, Covens A, Saad R, Khalifa M, Ismiil N, et al. Assessment of endometrial sampling as a predictor of final surgical pathology in endometrial cancer. *Br J Cancer.* 2014; 110:609-15.

Laudadio J. Human papillomavirus detection: testing methodologies and their clinical utility in cervical cancer screening. *Adv Anat Pathol.* 2013; 20:158-67.

Liu J, Zanotti K. Management of the adnexal mass. *Obstet Gynecol.* 2011; 117:1413-28.

Llarul C, Llarul O. Aplicaciones del diagnóstico por imágenes en ginecología. [Internet]. 2019. [Citado 13 abril 2024]. Disponible en: https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/147865/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lumsden M, Hamoodi I, Gupta J, Hickey M. Fibroids: diagnosis and management. *BMJ.* 2015 ;351: 4887.

Mahakan, K., Praneshwari, R., Singh, A., Lairenjam, D., Roshan, L. Correlation between ultrasonographic and histopathological findings of

hysterectomy specimen in patients with abnormal uterine bleeding. *Intern J Reproduc Contracep Obstetrics Gynecol.* 2020; 9 (10).

Melero M. Histerectomía total en patología ginecológica benigna. Estudio comparativo entre dos técnicas mínimamente invasivas: Laparoscopia convencional versus laparoscopia con asistencia robótica. [Tesis de Grado] Sevilla, España. Universidad de Sevilla, 2013, pp 43. [Citado 22 feb 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=283929>

Mogrovejo L, Moreno A, Padilla M. Diagnóstico clínico, diagnóstico por ultrasonido versus diagnostico anatomo patológico de pacientes histerectomizadas en el hospital vicente corral moscoso, 2008-2013. Cuenca – Ecuador. [Tesis de Grado]. Cuenca, Ecuador. Universidad de Cuenca, 2015, pp 58. [Citado 21 feb 2024]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21475/1/TESIS.pdf>

Munro M, Critchley H, Fraser I. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril.* 2011; 95:2204-8.

Naveiro M. Complicaciones de la histerectomía en función de su vía de abordaje y otros factores. [Tesis Doctoral]. Granada, España. Universidad de Granada, 2018, pp 232. [Citado 21 feb 2024]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/51891/29070910.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Pons L, García O, Salmon A, Macías M, Guerrero C. Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. *Medisan*. 2012; 16(6).

Ramírez K, Torres G, Frutos Y. Diagnóstico ecográfico de mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos. *Medisan*. 2012; 16 (9).

Salcedo E. Enfoque ecográfico de las masas anexiales. 2019.

Salvador J, Lorente E, Ripollés T, Martínez M, Vizuite J. Endometriosis infiltrante: claves diagnósticas en la ecografía abdominal. *Radiología*. 2021; 63(1): 32-41,

Sanderson P, Critchley H, Williams A, Arends M, Saunders P. New concepts for an old problem: the diagnosis of endometrial hyperplasia. *Hum Reprod Update*. 2017; 23:232-54.

Sepúlveda J, Sepúlveda A. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. *Ginecol Obstetr Mex*. 2020; 88(1):59-67.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de asistencia práctica: endometriosis [Internet] Madrid: SEGO; 2021. [Citado 21 feb 2024]. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v64-2021/n6/Endometriosis.pdf>

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Cáncer de endometrio. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario [Internet] Madrid: Publicaciones SEGO; 2016 [Citado 21 feb 2024]. Disponible en:

<https://oncosego.sego.es/uploads/app/1283/elements/file/file1666793338.pdf>

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guía de Asistencia Práctica: prolapso genital [Internet] Madrid: SEGO; 2020 [Citado 22 feb 2024]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf

Terzi H, Biler A, Demirtas O, Guler OT, Peker N, Kale A. Total laparoscopic hysterectomy: Analysis of the surgical learning curve in benign conditions. *Int J Surg.* 2016; 35: 51-57.

Ting J, Rositch A, Taylor S, Rahangdale L, Soeters H, Sun X, et al. Worldwide incidence of cervical lesions: a systematic review. *Epidemiol Infect.* 2015; 143: 225-241.

Villadiego J. Concordancia diagnóstica de la ecografía transvaginal con la anatomopatológica en pacientes histerectomizadas por sangrado uterino anormal en la clínica maternidad Rafael calvo. [Tesis de Postgrado]. Cartagena de Indias, Colombia. Universidad de Cartagena, 2022, pp 37. [Citado 23 feb 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/15539/Informe%20final%20%209%20DE%20JUNIO%202022%20Jeinny%20Rocio%20Villadiego%20Herrera%20FINAL.pdf?sequence=1>

Villegas E, Gallegos V, Campuzano A, Medina O, Alcantara L. El estudio histopatológico del tejido de cervical y la importancia de su

revisión a más niveles en el bloque de parafina para su precisión diagnóstica. Tequio. 2018; 2(4):15-25.

Zapata L. Correlación clínica anátomo patológico de las histerectomías por leiomiomatosis uterina. [Tesis de Grado]. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2009, pp 39. [Citado 23 feb 2024]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/15338/Zapata_vl.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zavala R. Diagnóstico ultrasonográfico y su relación con el diagnóstico histopatológico en patologías endometriales en el Hospital de la Mujer. [Tesis de Posgrado]. México, México. Universidad Nacional Autónoma de México, 2016, pp 48. [Citado 23 feb 2024]. Disponible en: <https://es.studenta.com/content/111407793/diagnostico-ultrasonografico-y-su-relacion-con-el-diagnostico-histopatologico-en>

APÉNDICES

Apéndice A



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
NÚCLEO BOLÍVAR
COORDINACIÓN DE POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

Dr. Antonio Russo

Jefa del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseo solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarme para la elaboración de la investigación que lleva por título **CORRELACIÓN ULTRASONOGRÁFICA VERSUS ANATOMOPATOLÓGICA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PAEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2018 - DICIEMBRE 2023.** Que será presentada a posteriori como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. En el mencionado trabajo de investigación contare con la asesoría del Dr. José Merheb. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente

Dra. Milangys Mujica

Residente de Postgrado

Dr. José Merheb

Tutor

Apéndice B



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
NÚCLEO BOLÍVAR
COORDINACIÓN DE POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

Departamento de Registro y Estadísticas en Salud

A quien pueda interesar

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseo solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarme para la elaboración de la investigación que lleva por título **CORRELACIÓN ULTRASONOGRÁFICA VERSUS ANATOMOPATOLÓGICA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PAEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. ENERO 2018 - DICIEMBRE 2023**. Que será presentada a posteriori como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. En el mencionado trabajo de investigación contare con la asesoría del Dr. José Merheb. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente

Dra. Milangys Mujica
Residente de Postgrado

Dr. José Merheb
Tutor

Apéndice C

**CORRELACIÓN ULTRASONOGRÁFICA VERSUS
ANATOMOPATOLÓGICA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.
SERVICIO DE GINECOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO “RUIZ Y PAEZ”. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO
BOLÍVAR. ENERO 2018 - DICIEMBRE 2023.**

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre y apellido: _____ **Edad:**

Raza:

Signos:

Síntomas:

Diagnóstico ultrasonográfico:

Diagnóstico anatomopatológico:

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Correlación ultrasonográfica versus anatomopatológica en pacientes histerectomizadas. servicio de ginecología. complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez. ciudad Bolívar - estado Bolívar. enero 2018 - diciembre 2023.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Mujica Rivera Milangys de Jesús	ORCID	
	e-mail:	milangysmujica@gmail.com

Palabras o frases claves:

histerectomía
ultrasonografía
anatomía patológica
leiomioma

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Coordinación de Postgrado de Ginecología y Obstetricia	Dpto. de Ginecología y Obstetricia
Línea de Investigación: Ginecología y Obstetricia	

Resumen (abstract):

La correlación entre el diagnóstico clínico que conlleva a una histerectomía y su posterior análisis, brinda la oportunidad de obtener una valoración retrospectiva del diagnóstico inicial basado en la gran mayoría de las veces en la anamnesis, examen físico y ayudas diagnósticas complementarias de imagen por ultrasonografía, comparándolas con una prueba final como es la anatomía patológica. **Objetivo:** Establecer la correlación del diagnóstico ultrasonográfico versus anatomopatológico en pacientes histerectomizadas en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2023. **Metodología:** Estudio de corte transversal, correlacional, de campo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 100 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que; 45,0% (n=45) tuvieron edades comprendidas entre 40-49 años, con una media de 49,93 años y 100% (n=100) fueron de raza mestiza. Los signos y síntomas más frecuentes fueron sangrado transvaginal, dolor en hipogastrio y palidez en 86,0% (n=86); 64,0% (n=64) y 62,0% (n=62), respectivamente. El diagnóstico ultrasonográfico más frecuente fue la miomatosis uterina en 90,0% (n=90) y el diagnóstico anatomopatológico prevalente fue el leiomioma en 85,0% (n=85). Por último, al realizar la correlación entre el diagnóstico ultrasonográfico y anatomopatológico, se encontró que, para tumor de ovario, útero de dimensión normal y útero atrófico, la correlación positiva en 100% para cada caso. Para leiomioma, la correlación fue positiva en 94,4% (n=85), mientras que para adenomiosis y pólipo la correlación fue negativa en 65,2% (n=5) y 100% (n=12) respectivamente. **Conclusiones:** La correlación entre el diagnóstico ultrasonográfico y anatomopatológico del útero de dimensión normal, útero atrófico, tumor de ovario y leiomioma fue positiva en pacientes histerectomizadas en el Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dr. Jose Merheb	ORCID				
	e-mail	josemerheb20@gmail.com			
	e-mail				
Dr. Luis Madriz	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	madriz.luisdaniel@gmail.com			
	e-mail				
Dr. Serris Kaid Bay	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	serriskaidbay@gmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación: 2024/12/04

Lenguaje: spa

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

NBOTES_ MRMJ2024

Alcance:

Espacial:

Servicio de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Temporal:

Enero de 2018 a Diciembre de 2023

Título o Grado asociado con el trabajo:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Nivel Asociado con el Trabajo:

Postgrado - Especialista en Ginecología y Obstetricia

Área de Estudio:

Coordinación de Postgrado de Ginecología y Obstetricia

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *Martínez*
FECHA *5/8/09* HORA *5:30*

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

Juan A. Bolaños Cuvales
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.



Tutor
Dr. Jose Merheb



Jurado
Dr. Luis Madriz



Jurado
Dr. Serris Kaid Bay



Tesista
Dra. Milangys de Jesús Mujica Rivera

