

# CONCLUSIONES SOBRE 1.177 DIAGNOSTICOS HISTOPATOLOGICOS DEL HOSPITAL DE SAN IGNACIO BOGOTA, D. E.

Doctores **M. A. Fernández-Bastidas \***, **Gabriel Ortega-Lafaurie \*\***  
y **Alfonso Santamaria-Urrego \*\*\***

Se elaboró éste trabajo luego de revisar los informes histopatológicos de 880 casos obstétrico-ginecológicos en los cuales se solicitó éste estudio para pacientes atendidas en el Hospital de San Ignacio de Bogotá. Así mismo se obtuvieron conclusiones revisando actas de autopsia correspondientes a las muertes maternas.

Tales informes histopatológicos y actas de autopsia fueron obtenidos en los archivos del Laboratorio de Patología del Hospital de San José, hospital donde está centralizada la Patología de nuestra Universidad y corresponden al período comprendido entre el 1º de abril de 1959 y el 31 de marzo de 1962.

La clasificación de diagnósticos se ciñó en lo posible al Manual de Clasificación Internacional tomado como guía en el Departamento de Estadística.

En Ginecología, la agrupación se hizo según la localización en los distintos

órganos, resultando así ocho grupos, de cada uno de los cuales se elaboró el cuadro correspondiente.

En Obstetricia se agruparon las lesiones maternas; lesiones placentarias y lesiones ovulares; igualmente se le dió importancia especial a las causas de muerte materna, consignando la que al practicar la necropsia resultó la más probable.

En un grupo aparte fueron incluidos los estudios funcionales sobre biopsias de endometrio, los informes sobre histología normal y varios otros.

El material analizado en nuestro trabajo lo constituyó muestras enviadas para estudio histopatológico; las cuales comprendieron: piezas quirúrgicas, productos de legrado uterino y biopsias. Las piezas quirúrgicas en su mayoría obtenidas en laparotomías e hysterectomías abdominales o vaginales. Los productos de legrado uterino que constitu-

---

\* **Profesor de Obstetricia y Ginecología:** Universidad Javeriana.

\*\* **Profesor de Patología:** Universidad Javeriana.

\*\*\* **Residente del Hospital de San Ignacio:** Universidad Javeriana. Bogotá, D. E.

yeron la inmensa mayoría de las muestras enviadas al Laboratorio, debido a una gran importancia dada a su estudio en el diagnóstico de las hemorragias uterinas, como único medio de identificar gran número de causas orgánicas; dieron en muchos casos la indicación terapéutica. Las biopsias, que casi en su totalidad, fueron muestras de cérvix, reafirmaron además el concepto de que por el estudio histopatológico ya generalizado en la práctica ginecológica de nuestros servicios, es el patólogo quien con más seguridad puede hacer el diagnóstico de procesos malignos incipientes cuando en el examen clínico apenas es posible sospechar una lesión de ese tipo.

El Departamento de Patología de la Universidad Javeriana (Hospital de San José) se encargó del proceso de los especímenes quirúrgicos y de efectuar las necropsias de pacientes fallecidas en el Hospital de San Ignacio.

De los especímenes se hizo primero una descripción macroscópica y luego se procedió a efectuar cortes para ser procesados en parafina, cortes que se efectuaron del sitio más representativo de las lesiones. Cuando se recibió material obtenido por legrado uterino o biopsias de cérvix, se incluyó la totalidad del tejido para ser estudiado.

## I. PATOLOGIA GINECOLOGICA

a) En patología de vulva la entidad que ocupó el primer lugar fue la bartholinitis crónica, repartida entre quistes de la glándula de Bartholín y bartholinitis propiamente dicha. Los hemangiomas vulvares de aparición poco

frecuente y comentados en los textos de patología como casos raros, se encontraron en dos de los informes estudiados. El carcinoma de vulva que ocupa el tercer lugar en frecuencia entre los cánceres genitales, solamente apareció en un caso que fue tratado por vulvectomía con linfadenectomía inguinal, en cuyo material no se encontraron metástasis y que clínicamente fue clasificado como primario. (Ver cuadro N° 1).

b) En patología de vagina apareció como entidad más frecuente la vaginitis crónica. Tal diagnóstico se llevó a cabo en piezas quirúrgicas en las cuales el tejido vaginal estaba adherido al útero el cual había sido extraído por prolapso genital. Lógicamente el motivo de consulta en todos los casos fue el prolapso genital mismo y los signos de inflamación explicables por tratarse de pacientes de edad avanzada, con defensas biológicas disminuidas y cuya mucosa vaginal estuvo sometida al traumatismo que implica el prolapso y a las maniobras que seguramente se practicaron para reducirlo.

Un historial de quiste del canal de Gartner extirpado en el servicio confirmó el hecho frecuentemente observado de atrofia y aplanamiento celular del epitelio. Tal variedad de quistes evolucionan en forma tórpida y es posible en ellos la evolución hacia una forma maligna.

Otro caso presentado, fue el de un quiste de inclusión vaginal. Vale la pena comentar que la formación de quistes de éste tipo puede evitarse con una buena técnica operatoria post-episiotomía.

CUADRO NUMERO 1

V U L V A

	Número de casos	% con relación al total de lesiones vulvares	% con relación al total de casos ginecológicos
Quiste de la glándula de Bartholín	5	41.67	0.75
Bartholinitis crónica . . . . .	2	16.66	0.30
Hemangioma vulvar . . . . .	2	16.66	0.30
Carcinoma escamo-celular . . . . .	1	8.33	0.15
Hiperplasia de la glándula de Bartholín	1	8.33	0.15
Carúncula uretral . . . . .	1	8.33	0.15
<b>TOTAL</b> . . . . .	<b>12</b>		

V A G I N A

	Número de casos	% con relación al total de lesiones vulvares	% con relación al total de casos ginecológicos
Vaginitis crónica . . . . .	7	77.78	1.05
Quiste del Canal Gartner . . . . .	1	11.11	0.15
Quiste vaginal de inclusión . . . . .	1	11.11	0.15
<b>TOTAL</b> . . . . .	<b>9</b>		

mía, procurando utilizar un material de sutura fácilmente absorbible y evitando fruncimientos y superposición de planos al efectuar la sutura. (Ver cuadro Nº 2).

c) Agrupamos la patología de cuello uterino para su mejor comprensión en lesiones inflamatorias y lesiones tumorales. Las cervicitis pueden ser de tipo crónico, agudo o subagudo, o presentarse con atipismos, cuyo estudio merece especial mención, pues en la diferenciación de procesos potencialmente malignos, la conducta ginecológica estuvo necesariamente supeditada al informe histopatológico. En efecto, dejando de lado los casos agudos de tratamiento exclusivamente médico, tenemos

una serie de lesiones que como en el caso de la cervicitis con metaplasia escamosa estarían en un límite peligroso con el carcinoma intraepitelial, motivo por el cual en éstos casos se practicaron biopsias de control y en un caso conización de cérvix.

Los pólipos cervicales correspondieron en número de treinta y tres al tipo endocervical y cinco al tipo exocervical. Todos fueron examinados detenidamente no encontrándose ninguna alteración maligna.

Un número apreciable de carcinomas escamocelulares (diez casos) y uno anaplásico fueron hallados en pacientes que consultaron por flujo sanioso y dolor. De acuerdo a la clasificación por estados

correspondieron en su mayoría a estados II y III. Solamente un caso correspondió a estado I y fue tratado por hysterolinfadenectomía en el Servicio, los demás fueron enviados al Instituto Nacional de Cancerología y su control posterior se verificó allí. El caso de carcinoma anaplásico se diagnosticó en una paciente que había tenido su último parto tres meses antes; la rápida evolución del tumor la llevó a un estado III que requirió tratamiento en el Instituto de Cancerología.

De quiste epidermoide y de hemangioma polipoide, aparece de cada uno un caso y su evolución posterior no presentó complicación. Un caso descrito clínicamente como necrosis exocervical correspondió a material de biopsia in-

suficiente y al tomar nueva muestra reveló cervicitis crónica. (Ver cuadro N° 3).

d) Al comentar la patología de endometrio con un total de 133 diagnósticos queremos aclarar que las entidades que coparon más del 87% estuvieron representadas por hiperplasia endometrial (53 casos), endometritis (29 casos), endometrio atrófico (24 casos), y endometrio estrógeno-persistente (10 casos). Uno de los casos de endometrio atrófico correspondió a una paciente con síndrome de Sheehan.

Vale la pena destacar que la ausencia de casos de cáncer de endometrio no obedeció a deficiencias en su investigación, sino al contrario, a un criterio de exclusión en el caso de pacientes ma-

## CUADRO NUMERO 2

## CUELLO UTERINO

	Número de casos	% con relación al total de lesiones cervicales	% con relación al total de casos ginecológicos
Cervicitis crónica . . . . .	202	57.74	29.90
Cervicitis aguda y crónica . . . . .	51	14.83	7.50
Pólipos endocervicales . . . . .	33	9.60	4.80
Cervicitis aguda . . . . .	13	3.79	1.95
Carcinoma escamo-celular . . . . .	10	2.90	1.50
Quistes de Naboth . . . . .	9	2.62	1.30
Cervicitis con atipismos . . . . .	7	2.04	1.05
Pólipos cervicales . . . . .	5	1.45	0.75
Metaplasia escamosa . . . . .	5	1.45	0.75
Pólipo edenomatoso . . . . .	3	0.83	0.45
Adenocarcinoma . . . . .	1	0.30	0.15
Carcinoma anaplásico . . . . .	1	0.30	0.15
Necrosis exocervical . . . . .	1	0.30	0.15
Cervicitis subaguda . . . . .	1	0.30	0.15
Quiste epidermoide . . . . .	1	0.30	0.15
Hemangioma polipoide . . . . .	1	0.30	0.15
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>344</b>		

CUADRO NUMERO 3  
CUERPO UTERINO (MIOMETRIO)

	Número de casos	% con relación al total de lesiónes de cuerpo uterino	% correlación al total de casos ginecológicos
Leiomiomas . . . . .	54	76.06	8.10
Adenomiosis . . . . .	7	9.86	1.05
Miometritis . . . . .	3	4.23	0.45
Arterioesclerosis de Monckeberg . . .	2	2.82	0.30
Adenomioma . . . . .	1	1.41	0.15
Ruptura uterina . . . . .	1	1.41	0.15
Quisteparauterino . . . . .	1	1.41	0.15
Utero didelfo . . . . .	1	1.41	0.15
Fibrosis del miometrio . . . . .	1	1.41	0.15
TOTAL . . . . .	71		

duras que consultaron por poli o hiper-menorrea y que a la postre resultaron alteraciones del tipo de las disendocri-neas.

El resto de la casuística que presentamos bajo el título de patología de endometrio con un 13% sobre total, comprendió casos revelados como endometrio con reacción decidual sin vellosidades y que de acuerdo con los trabajos de Arias Stella pudiera interpretarse bien como un embarazo interrumpido antes de presentarse la primera falla menstrual, o como el caso no confirmado por nosotros de un embarazo ectópico reciente, cuya complicación (aborto tubárico) hubiera evolucionado en forma asintomática. Un caso de corioepitelioma y otro de corioadenoma destruens, ambos consecutivos a degeneración molar, fueron también incluídos en patología de endometrio por haber sido primarios de él, pero que lógicamente invadieron luégo miometrio. (Comentare-

mos estas entidades en el capítulo correspondiente a obstetricia). (Ver cuadro Nº 4).

e) La patología de miometrio como es de suponer correspondió a leiomiomas en su mayor parte (54 casos). Dos de éstos tumores presentaron degeneración hialina. Todos los casos de leiomiomas fueron tratados quirúrgicamente y de acuerdo con las estadísticas de 1961 se practicaron el doble de histerectomía en relación con el número de miomectomías, prevaleciendo estadísticamente una conducta no conservadora, desde luego condicionada al número de leiomiomas y a la edad de las pacientes. Los casos de adenomiosis fueron proporcionalmente numerosos y su importancia justifica comentarlos a espacio entre todos los casos de endometriosis.

El resto de patología de miometrio correspondió a arterioesclerosis de Monckeberg (dos casos), adenomioma (un

caso), ruptura uterina (un caso), y por último un útero didelfo extraído por presentar marcada fibromatosis; se encontró concomitante con endometritis y salpingitis crónicas, fibroma ovárico, adenomiosis y endometriosis ovárica.

Solamente tres casos de miometritis aparecieron en nuestra casuística lo cual no quiere decir que en tres años fueran los únicos casos de esta entidad. Seguramente al revisar la estadística global aparezcan en mayor número, pero siendo nuestro objetivo únicamente comentar los estudios histopatológicos nos limitamos a afirmar que tales casos fueron ocasionales, hallados en úteros obtenidos por prolapso genital. (Ver cuadro N° 5).

f) La revisión de patología de trompas mostró la frecuencia de embarazo tubárico en un 43.10% del total de casos. Su diagnóstico se hizo en la totalidad de ellos y la intervención oportuna

de urgencia controló plenamente los signos de hemorragia. A título informativo cabe destacar que después de cerrada la estadística para éste estudio se presentó en el Servicio un caso de embarazo abdominal secundario, posiblemente primitivo de ovario. Dos casos de hematosálpinx hacen pensar en posibles embarazos ectópicos que después de perder las conexiones con el corion formado a expensas del epitelio tubario y ocluirse el ostium, se desprendieron y dieron lugar a hematosálpinx; sin embargo en otros casos de salpingitis con un 52.22% de la patología tubárica y 3.44% del total de lesiones ginecológicas, dan información bastante aproximada de la frecuencia de esta entidad.

Cabe anotar la tendencia cada vez mayor a darle primacía al tratamiento médico en casos de salpingitis, ya que utilizando antibióticos y drogas antiflo-

#### CUADRO NUMERO 4

##### ENDOMETRIO

	Número de casos	% con relación al total de lesiones endometriales	% con relación al total de casos ginecológicos
Hiperplasia endometrial . . . . .	53	39.85	7.95
Endometritis . . . . .	29	21.81	4.30
Endometrio atrófico . . . . .	24	18.05	3.60
Endometrio estrógeno-persistente . . . . .	10	7.52	1.50
Pólipos endometriales . . . . .	7	5.26	1.05
Endometrio con retención de fragmentos deciduales . . . . .	6	4.51	0.90
Coriocarcinoma . . . . .	1	0.75	0.15
Corioadenoma destruens . . . . .	1	0.75	0.15
Granuloma de cuerpo extraño . . . . .	1	0.75	0.15
Hiperplasia polipoide del endometrio . . . . .	1	0.75	0.15
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>133</b>		

CUADRO NUMERO 5

T R O M P A S

	Número de casos	% con relación al total de lesiones tubáricas	% con relación al total de casos ginecológicos
Embarazo tubárico . . . . .	19	43.18	2.80
Salpingitis crónica . . . . .	8	18.18	1.19
Salpingitis tuberculosa? . . . . .	3	6.82	0.45
Salpingitis aguda . . . . .	4	9.09	0.60
Salpingitis aguda y crónica . . . . .	3	6.82	0.45
Hematosalpinx . . . . .	2	4.55	0.30
Hidrosalpinx . . . . .	2	4.55	0.30
Piosalpinx . . . . .	1	2.27	0.15
Endometriosis a la trompa . . . . .	1	2.27	0.15
Quiste tubárico . . . . .	1	2.27	0.15
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>44</b>		

A N E X O S

	Número de casos	% con relación al total de lesiones anexiales	% con relación al total de casos ginecológicos
Anexitis aguda . . . . .	2	66.67	0.30
Anexitis tuberculosa . . . . .	1	33.33	0.15
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>3</b>		

gísticas en no pocos casos se logra reducir notablemente la gravedad y frecuencia de las complicaciones. Sin embargo casos como los diagnosticados clínicamente de salpingitis tuberculosa cuya tendencia a la cronicidad es una de sus características, se prestan a confusión y sólo la inoculación al curí pudo dar la seguridad bacteriológica. En los casos a que hacemos referencia la imagen histopatológica no fue concluyente y las inoculaciones no se llevaron a cabo.

Un caso de endometriosis que apareció concomitante con adenomatosis y

otro de quistes tubárico obtenido como hallazgo durante una laparatomía, completaron la casuística de trompa.

En cuanto a patología de anexos se hallaron tres casos: dos de anexitis aguda y uno de anexitis tuberculosa. Se agruparon tales entidades separadamente por referirse a infecciones generalizadas que englobaron no sólo las trompas sino que se presentaron en forma invasiva a ligamentos anchos. (Ver cuadro Nº 6).

h) En patología de ovario treinta y ocho informes sobre formaciones quísticas dieron el más alto porcentaje

(65.5%). Los quistes foliculares en número de diecinueve fueron hallazgos logrados en su mayoría durante el acto operatorio y cuyo diagnóstico no se había precisado con anterioridad. Aparecieron igualmente cinco quistes de origen indeterminado cuyo cuadro histológico, bastante alterado, hizo difícil su diferenciación. Igual podría afirmarse de los quistes paraováricos (tres casos). En cuanto a los quistes luteínicos (dos casos), aparecieron en ausencia de degeneración molar; señalamos el hecho frecuente de hemorragia en la luz del cuerpo lúteo que aunque pequeña normalmente, puede en ocasiones distender las tecas formando un hematoma que posteriormente da lugar al reabsorberse a un quiste. A propósito de éste

mecanismo hacemos notar que los seis casos tabulados como cuerpo amarillo hemorrágico no tienen otra significación que el haber sido enviados para estudio con el objeto de diferenciarlos de una posible endometriosis.

Entre las complicaciones de las formaciones quísticas solamente hallamos un caso de torsión cuyos fenómenos agudos indicaron la laparotomía.

Los dos casos de disgerminoma, tumor disontogenético, según Novak o del grupo denominado "tumores displásicos" en la clasificación de López-Escobar, fueron hallazgos al intervenir las pacientes por tumor ovárico, siendo las únicas neoplasias de éste tipo encontradas en nuestro estudio.

## CUADRO NUMERO 6

## O V A R I O S

	Número de casos	% con relación al total de las lesiones ováricas	% con relación al total de casos ginecológicos
Quistes foliculares . . . . .	19	32.75	2.80
Cuerpo amarillo hemorrágico	6	10.34	0.90
Quistes de origen indeterminado	5	8.63	0.75
Endometriosis ovárica . . . . .	4	6.90	0.60
Ovário poliquístico . . . . .	4	6.90	0.60
Quiste dermoide . . . . .	3	5.18	0.45
Coforitis aguda . . . . .	3	5.17	0.45
Quiste paraovárico . . . . .	3	5.17	0.45
Cistadenoma simple . . . . .	2	3.45	0.30
Disgerminoma . . . . .	2	3.45	0.30
Quiste luteínico . . . . .	2	3.45	0.30
Quiste torcido del ovario . . . . .	1	1.73	0.15
Fibrona ovárico . . . . .	1	1.73	0.15
Islotes de células hiliares . . . . .	1	1.73	0.15
Carcinoma . . . . .	1	1.73	0.15
Quiste de retención . . . . .	1	1.73	0.15
<b>TOTAL . . . . .</b>	<b>58</b>		

CUADRO NUMERO 7

TOTAL DE LESIONES GINECOLOGICAS

	Número de casos	% con relación al total de lesiones ginecológicas
CUELLO UTERINO .....	344	51.04
ENDOMETRIO .....	133	19.74
CUERPO UTERINO .....	71	10.53
OVARIOS .....	58	8.60
TROMPAS .....	44	6.52
VULVA .....	12	1.78
VAGINA .....	9	1.34
ANEXOS .....	3	0.45
TOTAL .....	674	100%

El caso de fibroma ovárico correspondió al ya señalado a propósito de patología de cuerpo uterino y el cual fue concomitante con útero didelfo fibromatoso, endometritis y salpingitis crónicas, adenomiosis y endometriosis ovárica.

También queremos comentar el hallazgo de formaciones de islotes de células hiliares que han sido descritos como nidos de células localizadas en el hilio del ovario y meso-ovario, morfológicamente idénticas a las células de Leydig del testículo. Estos nidos casi siempre son contiguos a fibras nerviosas amielínicas, razón por la cual se pensó que se originaban a partir del sistema cromafín; sin embargo su morfología así como su contenido ocasional de cristales de Reinke hacen evidente que sean más bien idénticas a las testiculares de Leydig y por tal motivo achacarles un papel funcionante. El criterio actual acerca de éstos islotes de células hiliares es excluyente de endocrinopatía ovárica mientras no se conozca algo más sobre su fisiología (Morris y

Scully). Por tanto es prematuro precisar aún, que es la hiperplasia de células hiliares y lanzar conclusiones sobre su significado; tanto más cuanto dicha hiperplasia ha sido hallada en pacientes de edad avanzada y también durante el embarazo (Dhome). Sin embargo en ocasiones se presentan signos de virilización concomitantes con hiperplasia de células hiliares (Stemberg) y varios autores la han encontrado asociada a procesos malignos localizados en cervix o endometrio. En nuestro caso apareció asociada al diagnóstico de corioadenoma destruens.

El diagnóstico hecho de carcinoma bilateral de ovario y su carácter indiferenciado, hizo pensar que se trataba de un carcinoma primitivo avanzado, lo cual fue confirmado por nosotros al revisar en detalle el informe y encontrar anotaciones sobre invasión a trompa.

Dos de los cuatro casos que aparecen en nuestro estudio como ovarios poliquísticos correspondieron a síndrome

me de Stein Leventhal diagnosticado clínicamente y en los cuales existían signos de virilización, que justificaron sendas resecciones en cuña del ovario. En los otros dos casos hallados se practicó ooforectomía unilateral.

La endometriosis ovárica fue hallada en cuatro casos, dos de ellos mixtos: uno con adenomiosis y otro con endometriosis tubárica. El total de endometriosis halladas en nuestro estudio llegó a diez casos, en dos de los cuales existía doble localización. (Ver cuadro N° 7).

## II. OTROS ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS

Incluimos bajo éste título un buen número de estudios funcionales llevados a cabo sobre biopsias de endometrio (154 casos) de los cuales en no pocos concordó la fase histológica con el día del ciclo en que fue tomada la biopsia.

Los estudios histopatológicos en que se encontró tejido normal alcanzaron la cifra de 56, correspondiendo el mayor número a placenta (24 casos) y a vagina (11 casos).

Además incluimos veinte casos en los cuales no se hizo ninguna clase de diagnóstico por muestra insuficiente de tejido, achacable a técnica defectuosa en su mayoría.

Algunos de los informes histopatológicos sobre tejido ovárico normal o cuerpo amarillo, correspondieron a muestras tomadas en pacientes durante el acto operatorio y en quienes se practicó cirugía con diferente finalidad (v. gr., apendicectomía).

## III. PATOLOGIA OBSTETRICA

Los estudios histopatológicos en lo que respecta a la parte obstétrica fueron escasos, debido principalmente al hecho de no haber sido enviados sistemáticamente los especímenes obtenidos en intervenciones obstétricas al Laboratorio de Patología. Además, los hallazgos patológicos en placenta fueron escasos, posiblemente por no estar en la rutina tanto del Servicio como del Laboratorio, su examen macroscópico, y menos aún el estudio de cortes fijados con formol durante tres a cuatro semanas, según la técnica de Bartholomew, o de 72 horas según la de Muñoz-Delgado, por medio de las cuales los infartos placentarios por toxemia son observables sin el inconveniente de los preparados en fresco que aparecen oscurecidos por sangre, pudiendo ser reconocidos solamente cuando las placentas han sido fijadas previamente en formol.

Los diagnósticos más frecuentes dentro de patología de placenta y patología ovular correspondieron a restos ovulares (144 casos), y deciduitis (67 casos), que sumados dan un 77.57% de dicha patología. En realidad la infiltración inflamatoria referida en no pocos casos, se encontró casi siempre al examen histológico de endometrio con reacción decidual. Pero aquellos casos en los cuales se hizo el diagnóstico de deciduitis, la reacción inflamatoria fue tan marcada que justificó tal denominación y lógicamente hizo pensar en aborto séptico.

Siguió a las entidades anteriores la mola hidatiforme con una frecuencia

relativamente alta (once casos), presentándose cinco molas en el año de 1961, o sea una mola por cada 321 partos, y aproximadamente una por cada 1.000 partos en relación con el total de los tres años estudiados. De estas pacientes una murió a causa de septicemia post-abortum molar afectado, luego de habersele practicado extracción uterina digital.

Se presentó además, un caso de corioepitelioma en una paciente de 30 años, gravida V para III, con antecedentes de aborto molar atendido en otro hospital. En la pieza quirúrgica obtenida por panhisterectomía se encontró además salpingitis aguda bilateral, ooforitis y cervicitis crónica. No se hallaron quistes luteínicos, que se presentan concomitantes con corioepitelioma en un 62% de los casos, según Novak, pero en cambio se encontró un cuerpo amarillo hemorrágico.

Por último anotamos que el caso de corioadenoma destruido terminó en histerectomía con recuperación total de la paciente y que al igual de la del coriocarcinoma no pudo ser seguida ya que en las historias correspondientes no consta su asistencia a controles posteriores.

#### IV. CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

A continuación se comentan los cuatro casos de muerte materna sucedidos en los 3 años de acuerdo con los datos hallados en las historias clínicas y en las actas de autopsia. (No se llevó a cabo una necropsia por falta de consentimiento de los familiares).

1. En el primer caso se trataba de una mujer de 28 años con embarazo a término, que había asistido a control prenatal y cuya evolución fue normal. La paciente consultó por iniciación de trabajo de parto y por presentar membranas rotas y ruidos fetales negativos. Permaneció un día en observación al cabo del cual tuvo un parto con feto muerto no macerado con circular apretada del cordón al cuello. Una hemorragia post-partum incontrolable (calculada en unos 1.000 c.c.), dio lugar a su deceso por shock oligohémico. La necropsia, según informe del Laboratorio "es muy pobre en hallazgos ya que los cambios morfológicos se reducen a una miocarditis aguda difusa, colapso pulmonar y múltiples hemorragias petequiales en todos los órganos".

El comentario de éste caso de deceso necesariamente se debe relacionar a la posible causa directa de muerte. Teniendo en cuenta el dato de feto muerto "in útero", de trabajo prolongado con ruptura prematura de membranas y muerte por shock oligohémico cabe pensar en la posibilidad de un afibronegenopenia, no diagnosticada, y por tanto, no tratada que pudo ser la causa de la muerte. En favor de este diagnóstico estaría el hallazgo de múltiples hemorragias petequiales consignado en el informe de patología. Por otra parte la posibilidad de una infección intra-amniótica no debe descartarse, puesto que hubo trabajo prolongado con feto muerto y ruptura prematura de membranas, pudiendo fácilmente haberse presentado infección que explicaría el hallazgo de miocarditis aguda difusa a la autopsia.

2. El segundo caso correspondió a una paciente de 45 años quien consultó por metrorragias persistentes y fue hospitalizada para serle practicado un legrado biopsia de endometrio, el cual se llevó a cabo con anestesia raquídea. Posteriormente la paciente presentó signos claros de meningitis y falleció dos días después. Los cultivos de líquido céfalo-raquídeo fueron positivos para estafilococo. No aparecen datos de necropsia por no haberse practicado ésta. (Oposición de parte de los familiares).

El comentario que merece éste caso es relativo a una posible falta de asepsia en la práctica de la anestesia raquídea con material insuficientemente esterilizado.

3. El tercer caso de muerte se presentó en una paciente de 24 años, con amenorrea de cinco meses, quien consultó por hemorragia persistente de cinco semanas de evolución, encontrándose al examen desproporción entre la altura uterina y la amenorrea. Se ordenó Galli-Mainini cuantitativo cuyo resultado fue 13.300, U. I., exámenes de Laboratorio de rutina y reposo durante los tres primeros días de hospitalización; durante los dos días siguientes se ordenaron ocitócicos y al sexto día antibióticos. Al octavo día se le practicó extracción digital de restos ovulares los cuales tenían aspecto de degeneración molar y olor fétido. La paciente murió poco después habiéndose presentado un estado de shock irreductible al tratamiento médico.

Los hallazgos de necropsia fueron compatibles con un estado septicémico avanzado. Se hallaron adenopatías ge-

neralizadas, bazo grande blando, congestivo cuya pulpa desprendía fácilmente y que al examen microscópico presentó notoria congestión y áreas de hemorragia; en útero se encontraron al examen microscópico áreas de necrosis y presencia de colonias bacterianas en el miometrio y en los vasos sanguíneos. El endometrio aparecía necrosado y hemorrágico.

En este caso la muerte se debió a un estado septicémico no tratado oportunamente al consultar en el hospital cinco semanas después de iniciado el cuadro hemorrágico, que posteriormente dio lugar a infección intraovular. Llama la atención, como aparece anotado en el protocolo de autopsia, la falta de correlación entre el cuadro clínico y el estado septicémico.

4. El último caso de muerte materna presentado, fue el de una paciente de 33 años, multigestante con embarazo de 38 semanas quien no había tenido control prenatal, consultó por dolor abdominal agudo. Al examen se encontró hipertonia uterina y ruidos fetales negativos. La paciente tuvo hemorragia genital profusa antes de consultar al hospital.

Al tacto vaginal se encontró un cuello en dilatación completa y al practicar amniotomía se produjo proscidencia de miembro superior derecho. Previa anestesia con éter se practicó versión interna y gran extracción podálica; posteriormente se extrajo placenta la cual presentaba un gran coágulo en cara materna. Dos horas después la paciente entró en shock, falleciendo con signos de hemorragia interna.

El protocolo de autopsia reveló ruptura uterina y cuantiosa hemorragia intraperitoneal (2.500 c.c.). Sin duda la causa de muerte fue la ruptura uterina por versión interna en un útero hipertónico consecucencial a abrupcio placentae.

De los anteriores comentarios podemos concluir que de las cuatro muertes tres fueron en pacientes obstétricas y una en un caso ginecológico. Sólo dos casos se pueden considerar como muerte hospitalaria, ya que en los otros dos se trataba de pacientes que permanecieron menos de 48 horas en el hospital. Un caso, el que se produjo por infección durante la raquianestesia puede considerarse concretamente evitable.

### CONCLUSIONES

Del análisis de 1.177 diagnósticos histopatológicos, y 3 autopsias maternas, podemos concluir lo siguiente:

1. La patología ginecológica abarcó una gran mayoría de los diagnósticos, no obstante ser menor el número de ingresos en relación con los casos obstétricos (relación aproximada de 1 a 4).

El mayor número de casos ginecológicos correspondió a patología cervical y dentro de ésta a cervicitis crónica.

Siguió en orden de frecuencia la patología de endometrio con hiperplasia endometrial, endometritis y endometrio atrófico.

En miometrio el número de leiomiomas superó ampliamente al resto de entidades.

En trompa de Falopio el embarazo tubárico y las salpingitis dieron la mayor proporción de casos estudiados.

En patología de ovario los quistes foliculares obtenidos durante laparatomías y como hallazgo quirúrgico ocuparon el mayor porcentaje.

El cáncer ginecológico encontrado está repartido así:

	<i>Casos</i>
Carcinoma de cuello ... ..	12
Carcinoma de ovario ... ..	1
Carcinoma de vulva ... ..	1
Coriocarcinoma ... ..	1

El sistemático estudio de productos de legrado seguramente logró descartar en todos nuestros casos la presencia de cáncer endometrial. En cambio el estudio de tuberculosis genital fue incompleto por no haberse verificado inoculaciones al curi en todos los casos sospechosos.

La endometrosis fue encontrada en una proporción elevada al compararla con otras estadísticas nacionales, y se distribuye así:

	<i>Casos</i>
Adenomiosis ... ..	6
Endometriosis de ovario ...	2
Endometriosis de ovario y trompa ... ..	1
Endometriosis de ovario y adenomiosis ... ..	1

2. La patología obstétrica estuvo representada por estudios de restos ovu-

lares, deciduitis, infartos placentarios y molahidatidiforme en una gran proporción.

3. Durante el lapso de tres años ocurrieron cuatro muertes maternas: tres en pacientes obstétricas y una en un caso ginecológico.

4. La relativamente baja proporción de especímenes obstétricos remitidos al Laboratorio de Patología principalmente en lo referente a placentas de pacientes con toxemia gravídica, exige el envío de éstas en forma sistemática al Laboratorio para completar su estudio.

#### B I B L I O G R A F I A

1. AMAYA LEON H.: Endometriosis. Nueva contribución al estudio de su incidencia en nuestro medio. *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* Págs. 245 - 246. 1956.
2. AMAYA LEON Y COLABORADORES: *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* 351: XI. 1960.
3. AMOROCHO CARREÑO Y APARICIO JARAMILLO: *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* 683: XI. 1960.
4. CARDONA PEDRO NEL: Nuevos aportes sobre endometriosis. *Memorias de la segunda convención de Obst y Ginec.* Págs. 242 - 244. 1956.
5. CORREA HUMBERTO: *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* 44: III. 1952.
6. DUPLAT YAÑEZ: Histopatología ginecológica y obstétrica. *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* 505: XI. 1960.
7. FERNANDEZ-BASTIDAS: M. A.: Patología placentaria. Abruption placentae. *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* 245: IX. 1958.
8. GONZALEZ-MONTOYA M.: *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* 311: VIII. 1957.
9. ISAZA-MEJIA G.: *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* 539: XI. 1960.
10. JORDAN ABONDANO G: Estudio de 45 casos de cáncer de cuello uterino tratados quirúrgicamente en el Instituto Nacional de Cancerología. *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* 157: VI. 1955.
11. KENT STANLEY. MC. KAY DONALD: *Am. J. of. Obst. and Gyneec.* Vol. 80: N° 3. Sep. 1960.
12. LOPEZ-ESCOBAR, ORJUELA REINALDO: *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* 9: III. 1962.
13. LOPEZ-ESCOBAR G.: Tumores de ovario. *Med. y Cirug.* 15: 253, 440. 1951. Bogotá.
14. MEIGS. YSTURGIS: *Progresos d ela Ginecología.* Vol. I. Edit. Científico médico de Barcelona. 1953.
15. MORRIS and SCULLY: Endocrine Pathology of the ovary. Pág. 19 - 54. 1958.
16. MUÑOZ-DELGADO y HENAO CABAL: *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* 124: IX. 1958.
17. MUÑOZ-DELGADO y CHAID SAMUR: Consideraciones de la técnica de fijación para el estudio de la placenta en pacientes toxémicas. *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* 381: XI. 1960.
18. NOVARK-EDMUND and JONES G: *Gynecology and Obstetric Pathology*, Sixth Edition, 1962. William and Wilkins. Baltimore.
19. NOVAK-EMIL: *Gynecology and Obstetric Pathology*. Third Edition. 1952.
20. NOVAK-EMIL: *Am. J. Obst. and Gyneec.* 67: 933. Citado por Fernández-Bastidas.
21. POTTER: *Pathology of the Fetus and the New born.*
22. RAKOFF: A. E. y BERNSTINE J. B.: *Vaginal Infections, Infectations and Discharges.* Blakinston Company. Toronto. 1953.
23. ROBBINS. *Text. Book of Pathology.*
24. STEMBEG: Citado por Morris and Scully.
25. SANTAMARIA-URREGO A.: *Patología obstétrico ginecológica.* Hosp. de San Ignacio. Bogotá, D. E. Tesis de grado. 1962.