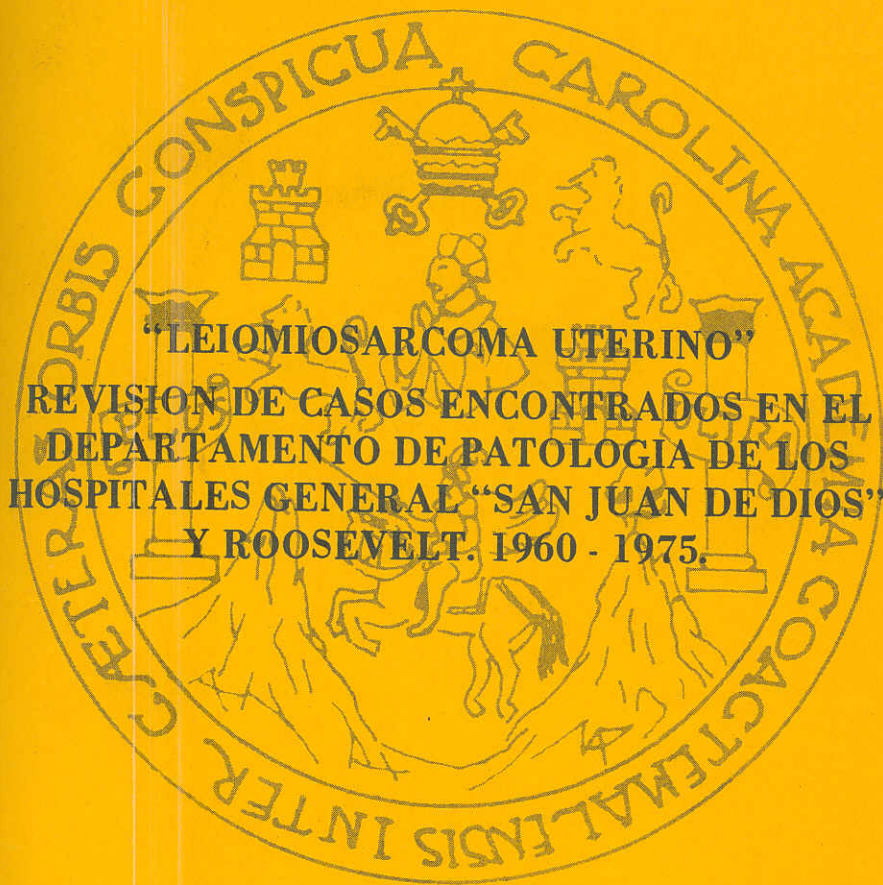


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"LEIOMIOSARCOMA UTERINO"
REVISION DE CASOS ENCONTRADOS EN EL
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DE LOS
HOSPITALES GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"
Y ROOSEVELT. 1960 - 1975.

EDGAR ERNESTO KESTLER JIRON

Guatemala, Junio de 1975

PLAN DE TESIS

I INTRODUCCION

II OBJETIVOS

III GENERALIDADES

- a. Definición
- b. Sinonimia
- c. Frecuencia
- d. Incidencia por edad
- e. Etiología
- f. Clasificación
- g. Diagnóstico Diferencial
- h. Patología Macroscopica
- i. Patología Microscopica
- j. Formas patologicas con significado clinico
- k. Metodos diagnósticos
- l. Tratamiento
- m. Pronóstico
- n. Otros.

IV MATERIAL Y METODOS

V RESULTADOS DE LA SERIE QUE SE REPORTA

- a. Edad
- b. Historia Gineco-Obstetrica
- c. Signos y Sintomas
- d. Hallazgos Anatomo-patologicos
- e. Descripción Microscopica
- f. Tratamiento
- g. Sobrevida
- h. Metastasis

VI CONCLUSIONES

VII RECOMENDACIONES

VIII BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

La patología uterina constituye un apasionante campo de investigación constante, para poder establecer mejores recursos diagnósticos, datos estadísticos valederos respecto a su incidencia y, lo más importante, crear nuevos métodos de tratamiento, para así poder ofrecer un pronóstico halagueño a un mayor porcentaje de pacientes.

Es indudable que la enfermedad de los organos genitales internos de la mujer son causa de sintomatología variada que puede llegar en casos extremos a limitar las actividades normales de la misma y, en el resto de los casos las molestias de tipo crónico; no catalogadas como graves por ellas mismas, repercuten sobre su estado general, siendo en ocasiones fatales a largo plazo.

Se ha elegido el leiomioma del útero para este estudio, en forma específica, para poder hacer un análisis de los diferentes parámetros que se han seguido para establecer el diagnóstico y los diversos tratamientos efectuados, anotando además, las sobrevividas para estos a partir del día que se hizo el diagnóstico.

Hubiera sido de mucha importancia establecer cuales de los leiomiomas aquí informados se originaron de leiomiomas de cualquier variedad de las ya conocidas, pero éste fué un dato practicamente imposible de obtener y anotar, por consiguiente, no se puede ofrecer un dato valedero en relación al cambio degenerativo maligno de los leiomiomas en nuestro estudio. Otros investigadores mencionan que de 0.1 a 0.6o/o de los leiomiomas del útero se originan de leiomiomas. Podría así, especularse de un porcentaje de co-existencia, pero no de origen aunque en definitiva, el porcentaje más alto de estos son originados del tumor benigno mencionado.

Debido a lo raro de este neoplasma maligno del útero en otros estudios, consideramos importante investigar los que han

2

sido encontrados en los hospitales universitarios General "San Juan de Dios" y Roosevelt de Guatemala.

Creemos que este trabajo puede ser utilizado como un recurso y estímulo para todos aquellos que deseen establecer en forma individual la incidencia y conducta seguidas para la patología de nuestra región y relacionarlo en forma efectiva y beneficiosa con lo que se efectúa en casos similares en otras latitudes.

3

II. , OBJETIVOS

GENERALES:

1. Hacer un estudio comparativo con la literatura extranjera existente en esta rama.
2. Analizar la incidencia Nacional y Extranjera de esta patología uterina.
3. Realizar un resumen, lo mas completo posible para fuente de información a otros médicos.

ESPECIFICOS:

1. Hacer una revisión completa de la incidencia de Leiomioma Uterino en los Hospitales General "San Juan de Dios" y Roosevelt. de Guatemala.
2. Hacer énfasis en el diagnóstico y tratamiento del Leiomioma Uterino.
3. Señalar la incidencia de estos tumores en las mujeres de nuestro país.
4. Señalar las complicaciones mas frecuentes.
5. Revisión de la conducta seguida en los mismos según el criterio diagnóstico previo.
6. Lograr establecer el período de vida post-operatoria en las pacientes de nuestro país.

III. GENERALIDADES:

a. Definición:

El leiomiomasarcoma Uterino es un tumor maligno, de etiología muy discutida, cuyo asiento principal es el útero y es originado del tejido muscular liso de la pared uterina o de los vasos sanguíneos.

b. Sinonimia:

Fibrosarcoma, Leiomioblastoma maligno, Leiomioma maligno, Mioma maligno, Mioma sarcomatoso y Miosarcoma.

c. FRECUENCIA:

Corresponde a estos tumores del 2 al 6 por ciento de todas las neoplasias uterinas malignas. Por desgracia, muchos informes del pasado agruparon al leiomiomasarcoma con los sarcomas del estroma endometrial, siendo el resultado muy sombrío para la totalidad del grupo. HALL abogó en favor de separar el leiomiomasarcoma de otras neoplasias mesenquimáticas del útero, como los tumores mesodérmicos mixtos, carcinosarcoma y linfosarcoma del endometrio (1).

En la universidad de Indiana se encontraron solo 5 leiomiomasarcomas en un grupo de 2,714 pacientes con leiomiomas o sea un 0.21o/o. La incidencia de cambios sarcomatosos en un leiomioma son alrededor de 0.13o/o o sea 1 en 800 casos.

El leiomiomasarcoma es aproximadamente 3 veces más común, que el sarcoma del estroma endometrial.

El cuadro siguiente nos da una idea de la frecuencia de estos tipos de tumores:

**TABLA COMPARATIVA ENTRE LEIOMIOSARCOMA
Y SARCOMA DEL ESTROMA ENDOMETRIAL:
SERIE REPORTADA POR VARIOS AUTORES:**

Tipo de Sarcoma	Randall 1943	Macfarlane Finn		Webb	Total
			1950		
Leiomiomasarcoma	26	31	18	18	97
x primario	19	4	2	7	32
xx secundario	7	27	16	15	65
Sarcoma del Estroma Endometrial	10	4	13	7	34

- x Leiomiomasarcoma primario aparece en miometrio
xx Leiomiomasarcoma secundario aparece de un leiomioma.

El cuadro anterior nos muestra que varios autores encontrarón que la causa de aparición más frecuente del leiomiomasarcoma es producida por un leiomioma previo.

D. INCIDENCIA POR EDAD:

Esta es similar a todos los sarcomas en general. La edad promedio para la ocurrencia de leiomiomasarcoma es de 51.5 años, aunque se ha escrito un caso relacionado con un embarazo temprano (2). Por otra parte 5 de cada 100 de las pacientes con leiomiomasarcomas tienen historia de radioterapia previa, casi siempre por enfermedad benigna (3, 4).

E. ETIOLOGIA:

El leiomiomasarcoma puede aparecer de un leiomioma pre-existente en la pared uterina, del musculo liso del miometrio o del musculo liso y tejido conectivo de los vasos sanguineos del utero.

OBER afirma categóricamente que el leiomiomasarcoma, que hallamos con más frecuencia, deriva del musculo liso adulto.

Quizas hasta cierto punto este debate, en cuanto a su histogenesis, resulte puramente académico, ya que todos los elementos constituyentes del utero: (musculo, tejido conjuntivo, epitelio, y vasos sanguineos) tienen un origen común a partir del mesodermo. Por ello es de esperar logicamente que un sarcoma puro se puede originar y se halla compuesto de cualquiera de tales componentes y es un tumor mixto cuando participan en su constitución dos o más de ellos y son los llamados tumores complejos (5).

La mayoría de autores discuten si el leiomiomasarcoma se origina de un leiomioma previo. Investigaciones recientes indican que algo menos del 50% de los leiomiomasarcomas del útero se originaron de leiomiomas previos (Spiro y Coss), aunque en la actualidad hay quienes creen que casi nunca nacen de un leiomioma previo. Se señala que en un alto porcentaje es casi imposible probar la existencia de una lesión benigna previa y que la mayor parte de los informes de transformación maligna de leiomioma, no presentan pruebas que sean concluyentes (Taylor y Norris). Si bien no se ha dilucidado esta controversia, en general se acepta que estos cánceres son complicaciones muy poco frecuentes del leiomioma uterino.

F. CLASIFICACION

Es grande la confusión respecto a los criterios necesarios para clasificar un tumor dado como leiomiomasarcoma. Varios investigadores, en ausencia de invasión, se oponen a clasificar como sarcomas, lesiones con atipia celular y actividad mitótica de grado moderado a alto (4, 6, 7). En el otro extremo, Przybora clasificó un grupo de lesiones sin signos de invasión o actividad mitótica como leiomiomasarcomas in situ (8). Nuestra opinión se encuentra entre ambos extremos y concuerda con la de Silverberg en el sentido de que el diagnóstico debe hacerse basado en una constelación de criterios histológicos (9, 10). Por ejemplo, reconocemos un leiomiomasarcoma encapsulado o temprano, que es un sarcoma histológico verdadero, que ha permanecido confinado y cuyo pronóstico es por lo tanto favorable, en tales casos son utilizados todos los criterios

histopatológicos, incluyendo pleomorfismo celular, actividad mitótica e invasión vascular o miometrial para diferenciar el leiomioma del leiomioma celular.

Lo más importante en determinar que un tumor del músculo liso es maligno, es la evidencia de infiltración e invasión vascular.

G. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial microscópico más difícil es entre las células del leiomioma y un leiomioma bien diferenciado. La distinción se basa en la presencia de células anaplásticas, con un núcleo alargado y oscuro y numerosas mitosis especialmente anormales en el sarcoma. Un tumor "bien diferenciado dudoso", que no invade músculo, ni vasos y que está confinado al útero y que ha sido removido intactamente, es dudoso que recurra o dé metástasis, cualquier patólogo prefiere llamarlo así.

El diagnóstico diferencial microscópico hay que hacerlo con las siguientes entidades patológicas:

1. Sarcoma del estroma endometrial
2. Tumores mesodérmicos mixtos
3. Carcinosarcoma uterino
4. Carcinoma indiferenciado del cuerpo del útero
5. Miosis endolinfática del estroma

H. PATOLOGIA MACROSCOPICA:

En forma característica estos tumores son blandos, de consistencia parecida a la del cerebro, con superficie irregular, con separación muy dificultosa alrededor del miometrio, que muestra hemorragia y necrosis. Con igual frecuencia el sarcoma puede nacer de un mioma y aparecer blando, verticilado y firme. Cuando el tumor se ha extendido más allá de la capsula puede ser liberado a la manera de un fibroide benigno. Es interesante

señalar que, en una serie, el 37% de los sarcomas tenían localización submucosa (11), mientras que en los miomas benignos, 3 a 5% hacen protrusión en la cavidad endometrial. Desde luego, el raspado en la mayoría de los casos no es eficaz para establecer el diagnóstico. La inmensa mayoría de los úteros sarcomatosos contienen miomas benignos, y pueden presentar distorsiones irregulares debido a la coexistencia de muchos de estos miomas. El tumor puede extenderse a través de la superficie serosa y estar adherido a estructuras vecinas; en otras ocasiones puede crecer hacia abajo de la mucosa y proyectarse dentro de la cavidad endometrial en donde el raspado sería eficaz para establecer el diagnóstico. El tumor es usualmente vascular, con líneas no marcadas de separación entre él y el miometrio. En ninguno de estos tumores el área necrótica del sarcoma puede reabsorberse y dar lugar a formación quística, signo macroscópico que es de gran ayuda para distinguirlo de un leiomioma.

Cabe sospechar el diagnóstico por comprobación preoperatoria de propagación a estructuras circundantes o de metástasis a distancia. En la serie de Silverberg más de dos terceras partes de todos los sarcomas fueron diagnosticados pre-operatoriamente y post-operatoriamente como leiomiomas benignos (10).

Los leiomiomas se desarrollan en el útero en dos cuadros diferentes, a saber:

- a. Masas voluminosas y carnosas que invaden la pared del útero.
- b. Masas polipoides que sobresalen en el interior de la matriz.

I. PATOLOGIA MICROSCOPICA:

La apariencia microscópica del leiomioma es similar a todos los sarcomas en general, de allí su difícil diagnóstico, las células constituyentes son en huso, redondas o gigantes. Algunas aparecen mezcladas con células musculares maduras, pero los

elementos celulares básicos son células fusiformes. El núcleo es largo y oscuro, con variación de tamaño y densidad de la tención nuclear. Puede haber pleomorfismo nuclear y celular en pacientes con leiomioma, aunque este hallazgo no posee valor diagnóstico patognomónico, en virtud de que el mismo puede encontrarse en leiomiomas de pacientes que ingieren anticonceptivos orales con estrógenos o aún durante el embarazo. Las células gigantes del tumor con sus núcleos hiper cromáticos y aumento del contenido de DNA deben diferenciarse de las células gigantes simplásmicas, que poseen poco DNA o que carecen del mismo y características de degeneración NO de malignidad.

La actividad mitótica en un tumor del músculo liso puede ser considerada importante en establecer el diagnóstico; sin embargo, algunas veces las mitosis normales ocurren perfectamente en leiomiomas benignos (HARTZ).

Evans y Novak en 1952 notaron que el grado de actividad mitótica es importante en la evaluación del pronóstico, demostrando así que la cuenta más alta de mitosis por campo da el peor pronóstico.

Más tarde, por otra parte, Montague y Col. contaron el número de figuras mitóticas y pleomórficas en 20 campos de gran aumento y comprobaron que también, cuanto más elevada es la cuenta mitótica, mayor la mortalidad. Así demostraron que: Con 2 a 5 mitosis por campo de gran aumento la supervivencia de 5 años es mayor del 75o/o (leiomiomas de bajo grado de malignidad).

Con 6 a 10 mitosis por campo de gran aumento la supervivencia es menor de 40o/o (Grado moderado de malignidad).

Con más de 10 mitosis la supervivencia es bajísima (Altamente malignos o pobremente diferenciados).

Deben encontrarse por lo menos 2 imágenes de mitosis por campo de gran aumento antes de pensar en el diagnóstico de leiomioma.

Por otra parte, varios autores (9) estiman que el pleomorfismo, comparado con la cuenta mitótica, es un medio inexacto para precisar el grado de anaplasia celular. Aaro y Col., consideraron la actividad mitótica como el factor más importante para definir si un tumor es maligno o benigno (3). Según Silberberg no existe un nivel particular de actividad mitótica para el diagnóstico de Sarcoma (10).

El factor sin duda más importante que incluye en la supervivencia, es la invasión a los vasos sanguíneos y al miometrio normal circundante.

J. FORMAS PATOLÓGICAS CON SIGNIFICADO CLÍNICO:

El aumento de tamaño del sarcoma uterino es usualmente por extensión directa, pero frecuentemente por invasión de los vasos sanguíneos y, ocasionalmente da metástasis por vía linfática. Los hallazgos clínicos en leiomioma son similares a aquellos en lesiones benignas. Sin embargo, un crecimiento rápido del tumor después de la menopausia, algunas veces asociado con dolor, sugiere leiomioma. Los síntomas más comunes son: hemorragia vaginal irregular, dolor abdominal y pélvico y tumor abdominal o vaginal (Novak y Anderson). En estados tardíos hay anemia y caquexia, asociado con aumento de la mortalidad operativa. A este respecto Telinde (1940) en un estudio de una serie de casos de hemorragia post-menopáusicas encontró que:

32o/o se debían a carcinoma del cervix

15o/o se debían a carcinoma del endometrio

3o/o a tumores malignos del ovario

3o/o tumores raros malignos del útero y vagina.

El resto de casos presentan lesiones benignas como ulceraciones cervicales, prolapso del útero, vaginitis, ruptura de

adherencias vaginales, pólipos cervicales, pólipos endometriales, endometritis, piometra, leiomiomas y tumores benignos del ovario. En un pequeño grupo de casos ninguna lesión orgánica fué encontrada para explicar el sangrado. Un estudio similar de Taylor también enfatizó lo mismo de la investigación y dijo que por encima de la mitad de estos casos de hemorragia postmenopáusica puede ser provocada por el cáncer.

Los síntomas en orden de frecuencia son: hemorragia vaginal, dolor abdominal, masa pélvica, presión sobre estructuras vecinas, leucorrea y pérdida de peso. Se ha informado también perforación del útero y del ligamento ancho con peritonitis resultante (12). Cabe sospechar leiomiomas en el pre-operatorio, cuando un útero miomatoso experimenta crecimiento rápido, con signos de diseminación local a distancia. Durante la cirugía el hallazgo de un tumor que se ha extendido más allá de la cápsula o tiene aspecto hemorrágico, gelatinoso, blando, puede suscitar sospecha de sarcoma. Langstadt y Javert informaron de cinco sarcomas en 690 miomectomías, o sea una frecuencia de 0.77o/o (13). De estas cinco pacientes, en cuatro se practicó histerectomía y no se encontró sarcoma residual, y una no fue sometida a histerectomía pero permaneció bien durante cinco años, sin signo alguno de tumor recurrente. El tumor se disemina en orden de frecuencia al miometrio, vasos sanguíneos de la pelvis y estructuras pélvicas contiguas. Constituyen regla las metástasis a distancia y la mayor parte se localizan en los pulmones.

K. METODOS DIAGNOSTICOS:

Para establecer el diagnóstico de leiomiomas uterinos los exámenes de rutina mal llamados así, nos ayudan muy poco.

Más nos ayudaría los frotis cervicovaginales, la aspiración o el lavado de la cavidad uterina donde podríamos ver las células malignas y orientar al diagnóstico. Debe hacerse la salvedad que los métodos arriba mencionados solo nos ayudarían si el tumor está en contacto con la cavidad endometrial y

ulcerado. El legrado ayuda en el diagnóstico, siempre y cuando el tumor sea submucoso y en contacto con la cavidad uterina.

L. TRATAMIENTO:

Autores modernos agregan que el modo primario de terapia es una histerectomía abdominal total y salpingo-ooforectomía bilateral temprana y completa. El uso de Roengenoterapia ha sido abandonado excepto en los casos tardíos en donde es paliativo. No hay acuerdo entre si el radio intracavitario debe ser aplicado pre-operatoriamente o si roengenoterapia debe ser administrada postoperatoriamente.

El pronóstico del sarcoma uterino es malo, mientras los resultados son mejores en aquellos casos de sarcoma que se originan de un leiomioma pre-existente.

La mayoría de los autores dan una supervivencia por debajo de 5 años en casos de sarcoma sin especificar la terapia empleada. Muchos agregan que hay una mortalidad operatoria alta. Cinco años de supervivencia para sarcoma bien diferenciado y sarcomas primarios son respectivamente 75o/o y 14o/o según Randall y 15.3o/o según Kimbrough.

La histerectomía de Wertheim no se emplea en el tratamiento de esta enfermedad.

K. PRONOSTICO:

El pronóstico de estos tumores es relativo, tumores grandes que han invadido la vejiga urinaria, recto y otras vísceras tienen pronóstico pobre. Pacientes con leiomiomas bien diferenciados tienen un pronóstico relativamente bueno. Indudablemente este grupo de patología en varias series publicadas contienen tumores de malignidad discutible porque la dificultad estriba en distinguir entre un leiomioma pleomorfo y un leiomioma bien diferenciado. Tumores moderadamente anaplásticos tienen un pronóstico relativamente peor, solo 5 de

19 pacientes con lesiones similares sobrevivieron 5 años en la serie de Spiro y Koss. (14).

Los tumores pobremente diferenciados casi siempre tienen un desenlace fatal temprano. La presencia de muchas células gigantes bizarras, mitosis anormales, un sacroma típico embrionario o células en banda con ninguna combinación, esta asociado con metastasis tempranas y muerte en menos de 3 años. Desafortunadamente más de la mitad de leiomiomas caen entre esta categoría.

Los leiomiomas presentan notable tendencia a recurrir después de la extirpación y en más de 50o/o de los casos por último dan metástasis a órganos alejados, como pulmones, cerebro y huesos. También se observa diseminación a cavidad abdominal.

La supervivencia de cinco años es en promedio, de 20 a 40o/o. En las lesiones mejor diferenciadas el pronóstico es menos grave que en las lesiones anaplásticas, en las cuales la supervivencia de cinco años es del orden de 10 a 15o/o.

En resumen, el índice de supervivencia es de 30 a 63 por ciento, con un promedio de 47 por ciento.

Las características clínicas y patológicas relacionados con el pronóstico en leiomioma son:

1. Estado menopáusico.
2. Invasión de vasos sanguíneos.
3. Índice mitótico.
4. Diseminación metastática.
5. Encapsulación (confinamiento a mioma).

LEIOMIOSARCOMA DEL CERVIX:

Es un tumor extremadamente raro. No hubo caso de leiomioma del cuello uterino en la serie (Hertig y Mansel). Es imposible determinar su ocurrencia en un estudio de la

literatura, porque la mayoría de sarcomas del cervix son típicos sarcomas botroides y ningún intento se ha hecho para distinguir ningún otro sarcoma primario.

IV. MATERIAL Y METODOS:

1. **BIBLIOGRAFICO:** Para realizar el presente trabajo se revisaron varios libros sobre especialidades y patología Ginecológica, de donde se extrajo lo más importante de esta entidad patológica.
2. **MATERIAL DE ARCHIVO:** Se analizaron los informes de anatomía patológica de los años de 1960 a 1975 tanto del hospital general "San Juan de Dios" como del Hospital Roosevelt, así como se hizo una revisión de los cortes histológicos de las piezas previamente diagnosticadas como leiomioma uterino.

Se revisó también los historiales clínicos de cada paciente y aquellas que fué posible localizar su dirección se le citó al hospital, para un control.

Revisamos además los libros control que poseen los servicios de ginecología de ambos hospitales.

En cada caso en particular se hizo un análisis de los siguientes parámetros: Edad, Historia Gineco-obstétrica, signos y síntomas, hallazgos macroscópicos de anatomía patológica, hallazgos microscópicos, tratamiento, sobrevida y metástasis.

**V. RESULTADOS DE LA SERIE
QUE SE REPORTA:**

Se encontraron en total 13 leiomiomas del utero en el hospital general "San Juan de Dios" y en el Hospital Roosevelt 3 casos; lo cual hace un total de 16 leiomiomas en un período de 15 años.

La edad de nuestras 16 pacientes con leiomioma se ilustra en el cuadro No. 1.

CUADRO No. 1

**LEIOMIOSARCOMA DEL UTERO: 16 CASOS,
DISTRIBUCION ETARIA:**

EDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
30 - 40 años	4	25.00 o/o
41 - 50 años	1	6.26 o/o
51 - 60 años	5	31.25 o/o
61 - más	3	18.75 o/o
Ignorado	3	18.75 o/o
TOTAL	16	100.00 o/o

El cuadro anterior nos muestra que la edad más afectada fué la del grupo comprendido entre 51 y 60 años que equivale al 31.25 o/o. La edad promedio de nuestras pacientes fue 49.7 años. Es necesario hacer notar que se ignora la edad de 3 pacientes (18.75 o/o).

En los cuadros No. 2, 3 y 4 nos muestra la historia Gineco-obstetrica de nuestras pacientes.

CUADRO No. 2

**LEIOMIOSARCOMA DEL UTERO: 16 CASOS
HISTORIA GINECO-OBSTETRICA**

MENARQUIA:		
EDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
10 - 15 años	12	75.00 o/o
15 - 20 años	1	6.25 o/o
Ignorado	3	18.75 o/o
TOTAL	16	100.00 o/o

CUADRO No. 3

LEIOMIOSARCOMA DEL UTERO 16 CASOS

PARIEDAD:

GESTAS:	Un promedio de 3 por cada paciente.
PARTOS:	Un promedio de 2.3 por cada paciente.
ABORTOS:	Un promedio de 0.56 por cada paciente.
SIN HIJOS:	3 pacientes.
CESAREAS:	Ninguna.
IGNORADO:	3 pacientes.

En relación con el cuadro No. 2 y No. 3 podemos afirmar de acuerdo con nuestra experiencia y la de otros investigadores que la edad en que se establece la menarquia, el inicio de relaciones sexuales, así como la pariedad no desempeña ningún papel conocido en la genesis del leiomiomasarcoma uterino.

CUADRO No. 4

**LEIOMIOSARCOMA DEL UTERO:
16 CASOS: MENOPAUSIA:**

EDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
40 - 50 años	6	37.5 o/o
51 - 60 años	6	37.5 o/o
61 - 70 años	0	0.0 o/o
Ignorado	4	25.0 o/o
TOTAL	16	100.00o/o

El cuadro anterior muestra que la incidencia del Leiomiomasarcoma uterino fue en un 100o/o en pacientes postmenopausica, estando de acuerdo con la literatura mundial. En las pacientes cuyas edades oscilaron entre 40 y 50 años habian presentado menstruación en epoca reciente y estaban en edad reproductiva, 4 casos (25o/o) y 2 eran menopausicas.

La mayor incidencia ocurrio en el grupo comprendido de 51 a 60 años dando un 37o/o. Hay que hacer notar también que se ignora la menopausia de 4 pacientes (25o/o).

CUADRO No. 5

**LEIOMIOSARCOMA DEL UTERO:
16 CASOS: SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES:**

SIGNOS Y SINTOMAS	Número de Casos	Porcentaje
Masa y dolor en hipogastrio	8	50.00 o/o
Hemorragia vaginal	4	25.00 o/o
Flujo vaginal fetido	2	12.50 o/o
Anorexia, perdida de peso	1	6.25 o/o
Menometrorragia	1	6.25 o/o
Dismenorrea	1	6.25 o/o
Polimenorrea	1	6.25 o/o
Ignorado	3	18.75 o/o

El cuadro anterior muestra que la masa y el dolor en hipogastrio junto con la hemorragia vaginal son los signos de mayor importancia en la historia del Leiomiomasarcoma uterino; haciendose la salvedad que la hemorragia vaginal no es patognomonica de esta entidad nosológica y que como ya habiamos mencionado de acuerdo con Telinde son muchas las causas que la producen.

Desde el punto de vista anatomo-patologico el leiomiomasarcoma fué encontrado en úteros con leiomiomas en 5 casos (31.25o/o), se ignora el estado del útero en vista de que la descripción macroscopica no fue precisa en 7 casos (43.7o/o) y 4

casos (25.00o/o) eran leiomiomas clasificados como primarios de acuerdo con McFarlane, es decir que no habian leiomiomas pre-existentes.

Histologicamente no se hizo ninguna clasificación relativa al grado de malignidad de los 16 leiomiomas de nuestra serie.

Es interesante hacer notar que un leiomioma de nuestra serie se encontro en una paciente con historia reciente de aborto incompleto.

CUADRO No. 6
LEIOMIOSARCOMAS DEL UTERO:
16 CASOS: TRATAMIENTO:

TRATAMIENTO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Histerectomia abdominal total	8	50.00o/o
H.A.T. Más salpingo-forectomia bil.	5	31.25 o/o
Ignorado	4	25.00 o/o
Histerectomia Abdominal sub-total	2	12.50 o/o
H.A.T. Más salpingo-forectomia der	1	6.25 o/o
H.A.T. Más vaginectomia parcial	1	6.25 o/o
Biopsia	1	6.25 o/o

H.A.T. es igual a Histerectomia abdominal total.

La mayoría de pacientes fueron tratadas con una histerectomia abdominal total, hay que hacer notar que a alguna de ellas tambien se le practicó alguna clase de salpingo-forectomia. Siendo lo ideal la Histerectomia abdominal total con salpingo-forectomia bilateral.

Ninguna de las pacientes estudiadas recibio ninguna clase de radioterapia.

A la paciente que se le efectuó vaginectomía parcial se hizo porque el tumor habia invadido esta.

El caso de biopsia fue una paciente que se le opero, pero ya era imposible alguna clase de operación por lo que solo se tomo biopsia.

CUADRO No. 7
LEIOMIOSARCOMA DEL UTERO:
16 CASOS SOBREVIDA

SOBREVIDA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Ignorado	14	87.5o/o
11 días	1	6.2o/o
13 años	1	6.2o/o
TOTAL	16	100.00o/o

La paciente con sobre-vida de 13 años le fue diagnosticado un leiomioma de baja malignidad. Los 14 restantes fue imposible la localización ya sea por las direcciones inexactas o porque ya tienen tiempo de haber muerto.

CUADRO No. 8
LEIOMIOSARCOMA DEL UTERO:
16 CASOS: METASTASIS:

LUGAR	Número de Casos	Porcentaje
Cuello Uterino	2	12.50 o/o
Hígado	2	12.50 o/o
Epiplón	2	12.50 o/o
Pulmón	2	12.50 o/o
Parametrios	1	6.25 o/o
Ovarios	1	6.25 o/o
Saco Herniario Umbilical	1	6.25 o/o
Vagina	1	6.25 o/o

En el cuadro anterior se ilustra los hallazgos clínicos, a los rayos X y operatorios de nuestras 16 pacientes con leiomioma. Como puede observarse, unicamente en dos

pacientes el proceso neoplásico se halla confinado al útero. En las 14 restantes había extensión a otras estructuras anatómicas que en orden de frecuencia fueron: Hígado, pulmón, epiplón, paramétrios, ovarios, saco herniario umbilical y vagina.

VI. CONCLUSIONES

1. Se presenta el primer informe específico sobre Leiomiosarcoma Uterino en la Literatura Nacional.
2. La incidencia nacional es similar a la incidencia extranjera reportada.
3. El Leiomiosarcoma Uterino es el sarcoma uterino más común.
4. Se origina con mayor frecuencia del músculo liso adulto.
5. La apariencia microscópica, es similar a los Leiomiosarcomas en otras áreas anatómicas.
6. La edad más afectada es el grupo comprendido entre los 51 y 60 años.
7. La edad promedio es de 49.7 años.
8. La incidencia del Leiomiosarcoma Uterino fue del 100o/o en pacientes post-menopausicas.
9. El signo de mayor importancia fue el de masa y dolor en hipogastrio junto con hemorragia vaginal.
10. El tratamiento de elección sigue siendo una histerectomía abdominal total con salpingo-forectomía bilateral temprana.
11. Ninguna paciente recibió ninguna clase de radioterapia.
12. Debido al pobre seguimiento del paciente, no fue posible obtener un dato estadísticamente valedero para determinar la sobrevida.

13. De acuerdo con la clasificación de los Leiomiomas, la variedad secundaria fue la más frecuente de la serie (31.25o/o).

VII. RECOMENDACIONES

1. Insistir en el manejo adecuado de la papeleta del paciente, respecto a todos los procedimientos efectuados.
2. La buena historia clínica junto con el exámen físico adecuado del paciente, sigue siendo un gran parámetro para ayuda en el diagnóstico.
3. Insistir en recabar datos sobre los antecedentes Gineco-Obstétricos.
4. Todo crecimiento rápido abdominal en el hipo y mesogastrio después de la menopausia debe hacer pensar en un Leiomioma Uterino, por lo que necesita su investigación inmediata.
5. Procurar que se escriba en la papeleta el diagnóstico definitivo de egreso del paciente, para así ayudar a la tabulación y codificación de los mismos.
6. Insistir en el resultado de anatomía Patológica de la pieza quirúrgica, anotándolo en la papeleta.
7. Debido a lo poco frecuente de este hallazgo, se recomienda al departamento de patología se haga una clasificación similar a la que sugiere Montague y Col. para poder establecer una correlación con la sobrevida de estas pacientes.

VIII BIBLIOGRAFIA

1. HALL JE: Leiomyosarcoma of the uterus. *Obstet Gynecol* 38: 629, 1971.
2. WOLFE SA, SECKINGER D: Sarcoma of the uterus associated with pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 104: 1215, 1969.
3. AARJ LA, SYMMONDS RE, DOCKERTY MD: Sarcoma of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 94: 101, 1966.
4. SCHIFFER MA, MACKLES A, WOLFE SA: Reappraisal of the diagnosis in uterine sarcoma. *Am J Obstet Gynecol* 70: 821, 1955.
5. NOVAK E.R. WOODRUFF J. D: Sarcoma del utero. *Ginecología y obstetricia* 238, 1964.
6. BARTSICH EG, BOWE ET, MOORE GJ: Leiomyosarcoma of the uterus. *Obstet Gynecol* 32: 101, 1968.
7. GUDGEON DH: Leiomyosarcoma of the uterus. *Obstet Gynecol* 32: 96, 1968.
8. PRZYBORA LA: Leiomyosarcoma in situ of the uterus. *Cancer* 14: 483, 1961.
9. BAGGISH M: Tumores mesenquimatosos del utero. *Clinicas obstetricas y ginecologicas* 49: 84, 1974.
10. SILVERBERG SG: Leiomyosarcoma of the uterus. *Obstet Gynecol* 38: 613, 1971.
11. MONTANGUE ACW, SWARTZ DP, WOODRUFF JD: Sarcoma arising in a leiomyoma of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 92: 421, 1965.

- 12. LOWELL DM, KARSH J: Leiomyosarcoma of the broad ligament. Obstet Gynecol 32: 107, 1968.
- 13. LANGSTADT JR, JAVERT CT: Sarcoma and myomectomy. Cancer 8: 1142, 1955.

BR. *Edgar Ernesto Kestler*
 EDGAR ERNESTO KESTLER QIRÓN

ASESOR: *[Signature]*
 DR. VICTOR HUGO GONZALEZ AZMITIA

REVISOR: *Federico Castro*
 DR. FEDERICO CASTRO

DIRECTOR DE FASE III. *[Signature]*
 DR. JOSE A. QUINONEZ A.

SECRETARIO GENERAL. *Mariano Guerrero Rojas*
 DR. MARIANO GUERRERO ROJAS.

Vo. Bo.

DECANO. *Carlos Armando Soto*
 DR. CARLOS ARMANDO SOTO.