

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PATOLOGIA UTERINA ASOCIADA
A FIBROMATOSIS UTERINA

TESIS

*Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala*

Por:

CARLOS ENRIQUE VILLATORO SANCHEZ

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Septiembre de 1979

PLAN DE TESIS

- I. *INTRODUCCION*
- II. *OBJETIVOS*
- III. *MATERIAL Y METODOS*
- IV. *REVISION BIBLIOGRAFICA*
- V. *RESULTADOS*
- VI. *CONCLUSIONES*
- VII. *RECOMENDACIONES*
- VII. *BIBLIOGRAFIA*

INTRODUCCION

Siendo el tumor uterino más benigno y que con mayor incidencia se encuentra durante la práctica clínica gineco-obstétrica; el autor espera proporcionar algunos otros conocimientos acerca de su diagnóstico, tratamiento y factores predisponentes.

Se efectúa revisión bibliográfica de las diferentes patologías con que se asocia la fibromatosis uterina, raras, e interesantes. Los leiomiomas son tumores benignos de la musculatura uterina algunos gigantes como lo demuestran algunos reportes de Harry S John un tumor de 65 libras(10) siendo el 56o. caso de tumor gigante uterino reportado mayor de 25 y el octavo reportado en los últimos 35 años.(10) Además se encuentra en la literatura un fibroma gigante de 45.5 Kg.(11)

En la presente tesis se presentan 54 casos (49o/o) de pacientes a quienes se les efectuó histerectomía abdominal simple por fibromatosis uterina de un total de 117 casos de pacientes tratados con dicho procedimiento en el Instituto Nacional de Cancerología.

Es interesante que los fibromas se reportan más frecuentemente con cánceres corporales que con los cervicales pero prueba de una relación etiológica no se ha encontrado.(20)

OBJETIVOS

A. ESPECIFICOS

- A-1 *Demostrar la siguiente hipótesis:*
"En más del 50o/o de las pacientes a quienes se les efectuó *Histerectomías Abdominales Simples* por *Fibromatosis Uterina*, en el Instituto Nacional de *Cancerología* durante los meses de octubre del año 1975-76, se acompañan de alguna *patología anexial asintomática*".

B. GENERALES

- 1 *Contribuir a aumentar el conocimiento sobre ginecología y obstetricia práctica.*
- 2 *Contribuir y aumentar los conocimientos generales del tumor del músculo uterino y su diagnóstico ginecológico y tratamiento.*
- 3 *Fomentar el estudio de pacientes con problemas ginecológicos en ginecología práctica.*
- 4 *Fomentar los conocimientos y resoluciones de Distocias presentadas durante el trabajo de parto secundarias al Mioma "per se".*

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio fué realizado en el Instituto Nacional de Cancerología durante los meses de Octubre de 1975 a Octubre de 1976.

MATERIAL

1. **HUMANO:** En desarrollo del siguiente trabajo se contó con la colaboración del siguiente personal:

1.1 MEDICO

1.1.1. Médicos Residentes y Jefes de sala del Instituto Nacional de Cancerología.

1.1.2. Médicos residentes Hospital General San Juan de Dios Departamento Gineco-Obstetricia.

1.2 PERSONAL ADMINISTRATIVO

1.2.1 Personal de registros clínicos Instituto Nacional de Cancerología.

1.2.2. Bibliotecario de la Universidad de San Carlos.

1.3 PACIENTES EN TRATAMIENTO

2. FISICO

2.1. Registros clínicos de pacientes del Instituto Nacional de Cancerología secciones A y B que se efectuó histerectomía abdominal simple con diagnóstico clínico.

2.2 Libros de Operaciones del Instituto Nacional de Cancerología.

2.3 Biblioteca de la Universidad de San Carlos.

2.4. *Bibliografía de APROFAM*

2.5 *Hojas de trabajo y de tabulación*

2.6 *Equipo de Oficina.*

METODO

METODO CIENTIFICO. METODOLOGIA:

El método seguido para la realización del presente estudio fué el siguiente:

1. *Elaboración de un protocolo*
2. *Revisión bibliográfica.*
3. *Revisión de doce meses (año escogido al azar) de registros clínicos y de libros de operaciones realizadas en dicho período en el Instituto Nacional contra el Cáncer a pacientes que se les efectuó histerectomía abdominal simple por fibromatosis uterina.*
4. *Elaboración de hoja de tabulación de Datos*
5. **Parámetros a analizar:**
 - 5.1 *Registro médico de pacientes de las secciones A y B del Instituto Nacional de Cancerología y libros de registros de operaciones secciones A y B*
 - 5.2 *Edad*
 - 5.3 *Estado Civil*
 - 5.4 *Gestas/Paridad*
 - 5.5 *Motivo de Consulta*
 - 5.6 *Diagnóstico Pre-operatorio*
 - 5.7 *Diagnóstico de Anatomía Patológica*

5.8 *Tabulación de datos.*

5.9 *Interpretación de Datos Obtenidos*

**“EFECTUADO LO ANTERIOR SE PROCEDE A
CORRELACIONAR LOS RESULTADOS E INTERPRETACION
DE LOS MISMOS”**

HISTOGENESIS DE LA MUSCULATURA UTERINA

El miometrio está formado por haces de fibras musculares lisas separadas entre sí por tejido conectivo. Los haces están dispuestos en tres capas mal definidas. La externa y la interna son delgadas y se hallan formadas por fibras longitudinales y oblicuas. La capa media es mucha más gruesa; en ella las fibras musculares lisas tienden a disponerse circularmente.

Los vasos sanguíneos mayores de la pared uterina se hallan principalmente en esta capa media, que por ello recibe a veces el nombre de ESTRATO VASCULAR. En el útero no grávido las fibras musculares lisas de esta capa tienen en promedio 0.25mm de longitud.(1)

Dos bandas musculares, el fascículo cérvico angular (FCAs) están presentes en la parte lateral del útero humano desde el cérvix hasta el fondo uterino. El epitelio residual dentro de las bandas musculares son morfológicamente idénticas con los conductos mesonéfricos, esto postula que la capa de músculos longitudinales del conducto mesonéfrico puede desarrollarse en los dos fascículos cérvico angulares y que estas bandas pueden servir a un sistema de conducción o coordinación de la contracción muscular en el útero adulto.(2)

LEIOMIOMAS:

El mioma es la neoplasia más común del aparato genital femenino. Consisten en un tumor benigno discreto, redondo y firme compuesto por fibras y tejido conjuntivo.(5) Es la causa más común del aumento de volumen benigno del útero, observándose en el 20o/o de las mujeres y cuando menos el 10o/o de las enfermedades propias de la mujer están relacionadas a miomas.(6) Se han encontrado varios cientos en un mismo

útero. Solamente el 20/o son solitarios.(5)

Su asociación con otras patologías lo hacen interesante. Se asocia con adenomiosis según estudios de TITUS OWOLADY y colaboradores según se presenta en la tabla I.(7)

TABLA I

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO E INTRAOPERATORIO EN 64 PACIENTES CON ADENOMIOSIS

DX PREOPERATORIO		DX INTRAOPERATORIO
ADENOMIOSIS	16	42
HEMORRAGIA DISFUNCIONAL	48	39
LEIOMIOMAS	23	8
SOLO RELAJACION DEL SUELO PELVICO	13	11

Robitansky-Kauster-Hauser síndrome se ha reportado en la literatura inglesa únicamente tres veces con asociación a fibromas.(8) Asimismo el fibroma complica el embarazo tan raramente como el reportado por el Doctor John N Miller J.r. titulado "Embarazo complicado por leiomiomatosis intravenosa"(9,6)

ESTRUCTURA MICROSCOPICA

Histológicamente el leiomioma consiste en fascículos espirales de células de músculo liso que remedan de manera más o menos exacta la arquitectura de miometrio indemne. La semejanza de citología puede ser muy grande de manera que resulta difícil identificar la neoplasia, a menos que el exámen con poco aumento descubre el contorno del tumor y el miometrio

adyacente comprimido. Por lo regular las células musculares consideradas aisladamente son uniformes en tamaño y forma, tienen núcleo ovalado y prolongaciones citoplásmicas bipolares largas y delgadas.(14,15)

HISTOGENESIS DE FIBROMAS UTERINOS

Las diferentes teorías del origen de los leiomiomas pueden ser:

- 1.- De las células primitivas que normalmente dan lugar al crecimiento de las células musculares, de las del tejido conectivo y de los vasos sanguíneos.
- 2.- De las células inmaduras e inactivas de los músculos embríonicos que yacen "dormidas" entre las células del músculo adulto.
- 3.- De las células del músculo adulto.
- 4.- De las células del tejido del estroma.
- 5.- De las células de la adventicia de los vasos.
- 6.- De las células musculares arteriolares y de las grandes venas.(16,9,15)

LOCALIZACION

Los tumores pueden localizarse en el cuello o en el cuerpo del útero, siendo ésta última modalidad la más frecuente. Cuando alcanzan gran volumen pueden llegar a comprimir la vejiga urinaria por bloqueo de uretra.(12)

CURSO CLINICO Y CAMBIOS SECUNDARIOS EN EL MIOMA

Los leiomiomas uterinos pueden ser completamente asintomáticos y a menudo sólo se descubre en una exploración física sistemática. Sin embargo, pueden originar diversos síntomas, el más importante de los cuales es la hemorragia profusa al tiempo de la menstruación o hemorragia intermenstrual. Se desconoce el mecanismo por virtud del cual produce este último efecto.

En realidad puede guardar relación con hiperestrinismo concomitante, aunque el endometrio muy pocas veces presente los cambios correspondientes al aumento de estrógeno.(14,15)

En los tumores voluminosos a veces hay zonas de reblandecimiento de color amarillo pardo o rojo denominadas DEGENERACION ROJA O NECROBIOSIS. A veces las zonas necróticas experimentan licuación proteolítica y se produce DEGENERACION QUISTICA. La degeneración Hialina es un proceso previo al anterior y es la degeneración más frecuente. La calcificación se presenta por lo regular cuando hay trastornos circulatorios, ocurre en edad avanzada sobre todo en la menopausia. En casos extremos el mioma puede convertirse en una masa dura de consistencia pétreo el llamado "UTERO DE PIEDRA". En las variedades submucosas que posee gran tendencia al adelgazamiento y ulceración de la mucosa puede producir infección y supuración; la DEGENERACION GRASA rara vez se presenta asociada a degeneración hialina; acerca del 0.20/o de los miomas presentan DEGENERACION SARCEMATOSA, principalmente los submucos.(6,5,13,14,15)

Según Spiro y Coss opinan que se sea muy discutido que el leiomiomasarcoma se origine del leiomioma previo, aunque en un grupo reciente al menos el 50/o de éstos nacieron de leiomiomas benignos.(15,17)

METODOS DIAGNOSTICOS

ULTRASONOGAMA:

En 1958 Donald y colaboradores introdujeron el uso de ultrasonido en obstetricia y Ginecología.

En 1964 Taylor y asociados presentaron sus experiencias en el diagnóstico aplicado a Ginecología y Obstetricia; desde este tiempo ha habido proliferación del uso de ultrasonido.

Queen y colaboradores presentan un estudio donde la tercera parte de los pates referidos para evaluación de ultrasonido tenían agrandamiento del útero.

Si una masa está en la línea media (región Pélvica) los miomas y embarazos intrauterinos deberán considerarse así como una mola hidatidiforme. En 56 pacientes los ginecólogos tratantes estaban relativamente seguros del diagnóstico de leiomiomas uterinos, aunque el ultrasonograma sólo corroboró el diagnóstico y proveó mayor información de los resultados del procedimiento acerca del tamaño, localización y consistencia del tumor. En 5 pacientes con estudio de ultrasonido dudosos, dos pacientes habían tenido embarazos tan pequeños que el ultrasonido no pudo detectarlos.(3)

OTROS METODOS DIAGNOSTICOS:

HISTEROSCOPIA

Además del ultrasonido existen otros métodos diagnósticos muy útiles, la instrumentación endoscópica moderna ha sido extendida y mejorada en potencia en la observación de la cavidad uterina.

La visualización intraperitone de el útero ha sido lograda por la culdoscopía y laparoscopía, los cuales son métodos

stándars en cirugía. Una de las más intrigadas y difíciles de investigar visualmente ha sido la cavidad uterina. Previamente ya había sido practicada en más de un siglo sin éxito, cuando hasta 1970 los Doctores Edström y Fernström pioneros de esta nueva técnica de HISTEROSCOPIA usando dextrano al 30o/o para distender la cavidad uterina. Otra medida para la distensión uterina y excelente visualización de la cavidad es el CO₂ gas para insuflaciones iniciado por Lindemann en 1971. Quiñónez ha usado para distender la cavidad uterina solución de Dextrosa al 5o/o.

Estas otras modificaciones tenían la ventaja de su bajo costo y facilidad para conseguirlas. Las pequeñas medidas de los instrumentos en sus diámetros y buena iluminación han contribuido a mejorar la visualización y manipulación quirúrgica posible. Pantaleonni fué el primero en hacer una histeroscopia en 1869 en un ser viviente; un pólipo endometrial creció en una paciente de 60 años siendo químicamente cauterizado después de la visualización endoscópica y localización, a partir de esta fecha idearon nuevas técnicas de endoscopias sin mejora alguna.

La moderna histeroscopia comenzó en 1976 cuando Edström y Fernström introdujeron Dextrano al 30o/o para distensión uterina. Dextrano, sustancia de alto peso molecular con alto índice de refracción y viscosidad.

INDICACIONES DE HISTEROSCOPIA.

- 1.- Alteraciones intrauterinas, y
- 2.- Biopsia de lesiones potencialmente malignas que han sido visualizadas en controles;
- 3.- Evaluación de la topografía y extensión de lesión cervical o uterina
- 4.- Escisión bajo control visual

- 5.- Extracción de divisiones intrauterinas; y
- 6.- Esterilización por oclusión de la trompa.

Entre otras indicaciones, reconstrucción tubárica, remover septos intrauterinos, en fin, las indicaciones crecen en medida que el operador se familiariza con la técnica. Futuras indicaciones son estudio de la fisiología de las trompas de Falopio y posibles esterilizaciones por oclusión de las porciones intramurales del tubo.

CONTRAINDICACIONES:

- 1.- Embarazo sospechoso o confirmado.
- 2.- Infección presente o reciente.
- 3.- Excesiva hemorragia uterina.

COMPLICACIONES

- 1.- Infección
- 2.- Hemorragia
- 3.- Perforación(4)

TRATAMIENTO DE FIBROMAS UTERINOS

No todos los miomas requieren tratamiento activo, pero como todos pueden empeorar más tarde, la selección de un tratamiento expectante siempre debe ir asociada a la advertencia de que es necesario realizar exámenes periódicos con intervalos regulares de 6 meses. En todos los casos deben considerarse factores como edad, deseo de procreación, probabilidad de menopausia incipiente, etc.; incluso cuando los síntomas parecen

aconsejar cirugía. Todo crecimiento posclimaterico en un mioma debe hacer sospechar cambio sarcomatoso, o la posibilidad de que el supuesto tumor uterino en realidad sea ovárico; en ambos casos está indicada la exploración quirúrgica.(6)

El tratamiento del mioma debe individualizarse. El dolor, hemorragia vaginal o molestia intensos pueden justificar histerectomía, dependiendo de la edad de la paciente, su paridad, etc.(14)

RADIOTERAPIA

Sólo se utiliza en pacientes de mal pronóstico y cuando el fibroide es menor que un embarazo de 3 meses, no es submucoso, no se acompaña de enfermedad pélvica inflamatoria y no dificulta las funciones del recto.(18)

HORMONOTERAPIA

Reportes ocasionales aparecen en la literatura en la reducción del tamaño de los miomas uterinos por medio de uso de testosterona. No hay duda de lo anterior en muchos casos Freed y cols. usaron este método años atrás cuando experimentaban con terapia andrógena, pero para llevar a cabo la reducción grandes dosis de testosterona tuvieron que ser administradas, y consecuentemente todas las pacientes desarrollaron signos de virilismo. Posteriormente a estos resultados la Testosterona raramente fué usada para estos propósitos. Una de las justificaciones para el uso de testosterona en miomas uterinos es para detener la hemorragia, aunque sólo temporalmente por el riesgo de desarrollar virilismo.(19)

TRATAMIENTO QUIRURGICO

La miomectomía halla su mayor aplicación en la extirpación de tumores en los casos en que tiene capital importancia conservar la capacidad reproductora. Sin embargo, hay inconvenientes que considerar, como el desarrollo de adherencias amplias, la debilidad de la pared uterina reducida por la extirpación de tumores voluminosos. Siempre hay que preceder de estudio del endometrio en cualquiera de las técnicas indicadas para la paciente antes de miomectomía.(6)

La hemorragia profusa anormal es la causa más frecuente de histerectomías en los leiomiomas.(6,10,14). "El simple hecho que una mujer con mioma uterino tenga hemorragia anormal no demuestra que el mioma sea causa de la misma".(6)

Por otra parte, ante la presencia de nódulos miomatosos grandes y múltiples, son pocas las posibilidades que tiene la paciente de quedar embarazada, la Histerectomía constituye el proceder más sensato.(6,14). Si la histerectomía se efectúa en pacientes que todavía están en fase menstrual, es indudable la importancia de respetar uno o ambos ovarios, que evita el desarrollo de una menopausia precipitada. Aunque Randall y Cols. admiten que hay cierto peligro de neoplasia subsiguiente, pero indican que la conservación del tejido ovárico merece correr el riesgo.(6)

INDICACIONES DE CESAREA-HISTERECTOMIA POR FIBROMATOSIS UTERINA

1. Fibroide	25
2. Unicamente fibroide	11
3. Cesárea anterior y fibroide	6
4. Trabajo de parto prolongado y fibroide	3
5. Fibroide obstruyendo trabajo de parto	2
6. Toxemia y fibroide	1
7. Hipertensión y Fibroide	1
8. Placenta previa y fibroide	1

FROM CESAREAN HYSTERECTOMY
RALPH A. REIS M.D.
EDWIN J. DeCOSTA. M.D. CHICAGO

RESULTADOS

CUADRO No. 1

EDADES DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL POR LEIOMIOMATOSIS DURANTE OCT. 1975 - 76 EN EL INCAN DADA EN PORCENTAJES Y EDAD MEDIA

EDADES:	F	o/o	X	FX
16 a 20 años	0	0	18	00.00
21 30	4	7.40	25	100.00
31 40	15	37.77	35	525.00
41 50	28	51.84	45	1260.00
51 60	7	12.99	55	285.00
61 70	0		65	
71 80	0		75	
81 90	0			
más de 90	0			
TOTAL	54 casos	100o/o	TOTAL	2270

MEDIA:

$$\frac{X: \quad fx}{n}$$

$$\frac{X: \quad 2270}{54}$$

$$\frac{X: \quad 42.03}{}$$

INTERPRETACION:

LA EDAD MEDIA DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL SIMPLE EN NUESTRO ESTUDIO CORRESPONDE AL 42.03o/o PONIENDO DE MANIFIESTO A CORRESPONDER A LA EDAD DE RIESGO, EN LA TESIS DEL DR. M. BARRIOS SE ENCUENTRA LA EDAD MAS FRECUENTE DE LOS 41 A 50 AÑOS PROMEDIO 45, EN EL QUE SE PRESENTA EL CARCINOMA ENDOMETRIAL REPRESENTA EL 36.84o/o DE SUS PACIENTES ESTUDIADOS.

CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL DE PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN EL INCAN DURANTE OCT. 1975 - 76 DADA EN PORCENTAJES

CASADA	26	48.14o/o
SOLTERA	4	7.40o/o
UNIDA	23	42.51o/o
VIUDA	1	1.95o/o
TOTAL	54 casos	100.00o/o

INTERPRETACION:

PODRIAMOS INTERPRETAR ESTE CUADRO DE LA MANERA SIGUIENTE:

EL MAYOR PORCENTAJE DE INCIDENCIA DE LEIOMIOMAS OCURRE EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.

CUADRO No. 3

MOTIVO DE CONSULTA EN PACIENTE SOMETIDAS A HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN EL INCAN DURANTE OCT. 1975-76 DADA EN PORCENTAJES

HEMORRAGIA VAG.	9	16.6o/o
HEMORRAGIA VAG. Y DOLOR ABDOMINAL	27	50.0o/o
FLUJO VAG.	8	14.8o/o
FLUJO VAG. Y HEMORRAGIA	5	9.2o/o
DOLOR ABDOMINAL	2	3.9o/o
EXAMEN RUTINARIO	3	5.5o/o
TOTAL	54 casos	100.00o/o

INTERPRETACION:

- 1.- "EL MOTIVO DE CONSULTA QUE MAYOR PORCENTAJE DE INCIDENCIA QUE SE PRESENTO EN NUESTRO ESTUDIO FUE EL DE "HEMORRAGIA VAG. Y DOLOR ABDOMINAL" (50o/o) O SEA QUE LA MITAD DE LOS PACIENTES CONSULTAN POR ESTE MOTIVO."
2. "CABE HACER COMENTARIO SOBRE EL BAJO PORCENTAJE (5.5o/o) CORRESPONDIENTE AL EXAMEN DE RUTINA COMO MOTIVO DE CONSULTA POR DOS FACTORES PRINCIPALES".
 - A) Que generalmente los pacientes consultan cuando ya están instalados los síntomas tan dramáticos como es la Hemorragia vag. y el Dolor.
 - B) La poca afluencia de los pacientes a consulta externa para su control periódico a menos que tengan alguna sintomatología.

CUADRO No. 4

GESTAS DE PACIENTES SOMETIDAS A
HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN EL INCAN
DURANTE OCT. 1975-76
DADA EN PORCENTAJES

No. GESTAS	F	o/o
1	0	0
2	1	1.9
3	8	14.8
más de 3	45	83.3
TOTAL	54 casos	100.0o/o

INTERPRETACION:

EN BASE A LO ANTERIOR PODEMOS AFIRMAR QUE EL MAYOR PORCENTAJE (83.3o/o) DE PACIENTES A QUIENES SE LES EFECTUO HISTERECTOMIA POR LEIOMIOMAS TIENEN MAS DE 3 GESTAS.

LO QUE INDICA QUE LA VIDA SEXUAL ACTIVA PODRIA INTERVENIR COMO FACTOR PREDISPONENTE.

CUADRO No. 5

PARIDAD DE PACIENTES SOMETIDAS A
HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN EL INCAN
DURANTE OCT. 1975-76
DADA EN PORCENTAJES

PARIDAD	F	o/o
1	0	0
2	1	2.2
3	8	17.7
más de 3 partos	36	80.1
TOTAL	45 gestas	100.0o/o

INTERPRETACION:s,

PODEMOS AFIRMAR QUE LA ALTA PARIDAD ES OTRO FACTOR PREDISPONENTE PUESTO QUE LOS PACIENTES CON MAS DE 3 EMBARAZOS O MAS SON LOS QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE VEN AFECTADOS DE LEIOMIOMAS. HAY UN TOTAL DE 45 PARTOS CONTRA 54 GESTAS, LAS 9 GESTAS RESTANTES CONSTITUYERON ABORTOS CORRESPONDIENDO AL 16.66o/o EN NUESTRO ESTUDIO NO PUDIENDO ESCLARECER SUS CAUSAS.

CUADRO No. 6

DIAGNOSTICO MICROSCOPICO DEL MIOMETRIO EN
 PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
 ABDOMINAL SIMPLE EN EL INSTITUCO NACIONAL
 DE CANCEROLOGIA DURANTE EL MES DE
 OCTUBRE 1975-1976
 DADOS EN PORCENTAJES

MIOMETRIO

PATOLOGIA	F	F	o/o
Normal		1	1.72o/o
Adenomiosis		1	1.72o/o
Leiomiomas múltiples		<u>52</u>	<u>96.36o/o</u>
TOTAL		54 casos	100.00o/o

INTERPRETACION CUADRO No. 6

- 1.- La correlación del diagnóstico de anatomía patológica del MIOMETRIO es normal en un caso (1.72o/o) de pacientes a quienes se les realizó histerectomía abdominal simple por fibromatosis uterina, cuando el diagnóstico pre-operatorio o clínico era precisamente fibromatosis uterina, el diagnóstico de anatomía patológica de esa pieza fué reportada como quiste gigante del ovario.
- 2.- Adenomiosis acompañó de fibromatosis uterina en un caso o sea 1.72o/o.
- 3.- En 52 casos del total de nuestro estudio realizado el diagnóstico de fibromatosis uterina fué confirmado por anatomía patológica o sea un 96.36 o/o.

CUADRO No. 7

DIAGNOSTICO MICROSCOPICO DEL ENDOMETRIO
 EN PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A
 HISTERECTOMIA ABDOMINAL SIMPLE EN EL
 INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
 DURANTE LOS MESES DE OCTUBRE 1975 - 76
 DADO EN PORCENTAJES

ENDOMETRIO

PATOLOGIA	F	o/o
CA endometrial	6	11.11o/o
Hiperplasia Adenomatosa	1	1.72o/o
Normal	<u>47</u>	<u>87.17o/o</u>
TOTAL	54	100.00o/o

INTERPRETACION DEL CUADRO No. 7

- 1.- El carcinoma endometrial se acompañó de fibromatosis uterina en un 11.11o/o (6 casos).
- 2.- La hiperplasia adenomatosa se presentó en nuestro estudio acompañando a fibromas uterinos en un solo caso o sea 1.72o/o.
- 3.- Restos de los casos o sea 47 casos (87.17o/o) el endometrio fué reportado como normal.

CUADRO No. 8

DIAGNOSTICO MICROSCOPICO DE OVARIOS EN
PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A HISTERECTOMIA
ABDOMINAL SIMPLE EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE CANCEROLOGIA DURANTE LOS MESES
DE OCTUBRE 1975 - 76
DADO EN PORCENTAJES

OVARIOS

PATOLOGIA	F	o/o
Quistes Foliculares	35	64.85o/o
Quistes Ováricos	1	1.72o/o
Quiste gigante del Ovario	1	1.72o/o
Normal	<u>17</u>	<u>25.61o/o</u>
TOTAL	54	100.00o/o

INTERPRETACION DEL CUADRO No. 8

- 1.- Los quistes foliculares no funcionales fueron la patología anexial que con más frecuencia se presentó en nuestro estudio correspondiendo 35 casos o sea un 64.85o/o.
- 2.- El quiste ováricos (así reportado) un sólo caso y un quiste gigante del ovario un sólo caso y éste fué tomado por fibroma uterino y la paciente intervenida con diagnóstico clínico de fibromatosis uterina.
- 3.- Resto de los ovarios normales.

CUADRO No. 9

DIAGNOSTICO MICROSCOPICO DE TROMPAS DE FALOPIO
EN PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A
HISTERECTOMIA ABDOMINAL SIMPLE EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA DURANTE
LOS MESES DE OCTUBRE DE 1975 - 76
DADOS EN PORCENTAJES

TROMPAS DE FALOPIO

PATOLOGIA	F	o/o
SALPINGITIS	2	3.44o/o
HIDROSALPINX	5	9.26o/o
NORMAL	47	87.17o/o

INTERPRETACION DEL CUADRO no. 9

- 1.- La patología más frecuente encontrada en las trompas es el hidrosalpinx con 5 casos o sea 9.26o/o, dos casos con salpingitis 3.44o/o.
- 2.- Resto de las trompas, normal.

CONCLUSIONES

1. Conclusiones:
 - 1.1 La edad de pacientes que fueron sometidas a histerectomía abdominal simple por fibromatosis uterina es de 42 años.
 - 1.2 El mayor porcentaje de fibromatosis uterina es en pacientes con vida sexual activa en nuestro medio se considera de 14 a 44 años.
 - 1.3 La hemorragia vaginal y el dolor abdominal fué el motivo por el cual la paciente consultó correspondiendo al 27o/o pacientes de 54 (50o/o) del total. La hemorragia vaginal un 16.66o/o de nuestras pacientes estudiadas.
 - 1.4 Llama la atención el bajo porcentaje de pacientes que durante un examen rutinario se diagnostique fibromatosis uterina, en nuestro estudio encontramos sólo un 5.5o/o de las pacientes a quienes se les efectuó histerectomía abdominal simple o sea que sólo en tres casos las pacientes acudieron a sus exámenes rutinarios siendo detectado e ingresadas para su tratamiento. Lo anterior puede ser consecuencia de dos factores principales:
 - 1.4.1 Que generalmente los pacientes consultan cuando ya están instalados los síntomas y signos como hemorragia vaginal, dolor abdominal, etc.
 - 1.4.2. La poca afluencia de los pacientes a consulta externa a su control periódico a menos que se presente alguna sintomatología.
 - 1.4.3. El paciente más joven durante nuestro estudio fué de 27 años y el mayor de 56 años.
 - 1.4.4. El mayor porcentaje de pacientes correspondió a la década 41-50 años (51.84o/o) - 31-40 años (27.77o/o).

1.4.5. La edad promedio más frecuente en que afecta los Leiomiomas de 42 (cuarenta y dos) años.

1.4.6. Estadísticas de los E.E.U.U. nos muestran que la mayor incidencia de pacientes afectados de Leiomiomatosis es entre 30 a los 45 años, aumentando la frecuencia después de los 33 años.(1)

1.4.7. Como podemos apreciar, hay relación de incidencia de Leiomioma-Edad reproductiva.

1.4.8. Los Leiomiomas son poco frecuente después de la menopausia.

1.4.9. El mayor porcentaje (83.30/o) de pacientes a quienes se les efectuó histerectomía abdominal simple por fibromatosis uterina tienen más de tres gestas. El 100/o/o estuvieron embarazadas lo que indica que la vida sexual activa puede ser causa predisponente para desarrollar fibromatosis.

1.5. Respecto a paridad el 80.10/o de las pacientes tenían más de tres gestas, NINGUNA PACIENTE FUE NULIPARA. Según el cuadro No. 4 gestas-paridad hubo un total de 54 gestas contra 45 partos eucoccos simples. Las nueve (9) gestas restantes constituyeron abortos (16.660/o) no pudiendo determinar si los abortos fueron o no secundarios a los fibromas uterino o a otra causa por falta de una buena historia obstétrica que haga mención a la causa de abortos.

1.6 Confirmamos nuestra Hipótesis:

En más del 50/o de los pacientes a quienes se efectuó histerectomía abdominal simple por fibromatosis uterina en el Instituto Nacional de Cancerología se acompaña de alguna patología anaaxial asintomática. Como sabemos los quistes foliculares pueden ser malignos en nuestro estudio el 64.850/o de las pacientes operadas tenían quistes foliculares no funcionales, el 25.610/o de los ovarios eran

normales.

1.7. La correlación del diagnóstico de anatomía patológica del MIOMETRIO era normal en un caso (1.720/o) de pacientes a quienes se les realizó histerectomía abdominal simple por fibromatosis uterina, cuando el diagnóstico pre-operatorio o clínico era precisamente fibromatosis uterina, el diagnóstico de anatomía patológica de dicha pieza era de quiste gigante del ovario. Adenomiosis se acompañó de fibromatosis uterina 1.720/o.

1.8. El 96.360/o de las pacientes en nuestro estudio diagnóstico clínico y patológico coincidieron con fibromatosis uterina.

1.9. Anatomía patológica de endometrio fué reportada así:

1.9.1 Carcinoma endometrial más fibromatosis uterina en 11.110/o (6 casos). Hiperplasia adenomatosa más fibromatosis uterina 1 caso (1.720/o). Un endometrio normal 47 casos o sea el 87.17 o/o.

En su tesis sobre Carcinoma de Endometrio Dr. M. Barrios encuentra asociación de fibromatosis uterina en un 22.370/o o sea el 500/o más que en nuestro estudio que corresponde al 11.110/o. Pueda ser tal diferencia a el número de casos estudiados. Cita: Es probable que fibromatosis uterina y adenomiosis con frecuencia se acompañan al cáncer del endometrio está demostrado que éstos están relacionados fortuitamente. Aunque los estrógenos podrían ser en común denominador.

RECOMENDACIONES

1. Hacer conciencia a la mujer guatemalteca sobre la importancia de acudir a sus controles ginecológicos y obstétricos mediante programas encaminados a la divulgación en masa de la importancia significativa de la prevención, detección de patologías que aquejan frecuentemente y que en ciertas ocasiones tan sólo un examen rutinario en clínica puede detectarse y tratarse a tiempo.
2. Profundizar más el estudio de la paciente ginecológica que consulta por hemorragia vaginal ya que está muy asociado o es el único signo por el cual la paciente acude al servicio de emergencia o consulta externa, y que puede albergar alguna patología maligna.
3. Mejorar las técnicas de diagnóstico histológico del endometrio ya que en nuestro medio sólo se utiliza el legrado instrumental uterino que implica riesgos para la paciente conlleva mayores gastos de hospitalización.
4. Poner mayor interés en profundizar el estudio de nuestras pacientes ginecológicas; a mi criterio desde los 30 años ya que considero que es la edad mínima de riesgo en la cual debe iniciarse la evaluación histológica del endometrio ya que éste es muy poco investigado en nuestro medio más que cuando presenta alguna sintomatología.
5. A nivel de consultas en control prenatal aumentar los programas encaminados a la divulgación de sus objetivos con el fin de tener mayor afluencia en tales centros y así poder detectar patologías que agravan el embarazo y/o viceversa.
6. Papanicolau de cavidad endometrial rutinario en paciente quirúrgicas por histerectomía no importando qué tipo de técnica, ni indicación de la misma.

7. *Estimular a los residentes en entrenamiento para que en un momento pueda resolver distocias en partos con pacientes con fibromatosis uterina.*

BIBLIOGRAFIA

- 1.- *Gynecological and Obstetrical Pathology, By Herbut Lea & Febige r, Philadelphia, 1953, 291.*
- 2.- *Study Muscular Structure of the Human Utery Attila Toth. M.D. Obstetrics and Gynecologic. Vol. 49; Number 2 February 1977. Page 190.*
- 3.- *Diagnosis Evaluation by Ultrasound in Gynecology. John T. Queen M.D. Sandra F Kubarych, R. N. David L. Douglas M.D. Louiville, Kentucky. American Journal of Gyne. and Obstet. 1978. page 70..*
- 4.- *Hysteroscopy: A util Diagnosis Adjunt to Gynecology By: Raphael F. Valle M.D. John J Sciarra M.D. Minneapolis, Minnesota, From american Journal of Gyne and Obstet. Vol. 122, No. 2 page 230, May 1975.*
- 5.- *Diagnóstico Clínico y Tratamiento de Markus. A. Krup 8va. Edición MM página 435.*
- 6.- *Gynecologic; Novak. Jones. Jones. 8va. Edición Pag. 362.*
- 7.- *Adenomiocis from Titus Owolady M.D.; Ronald Strickler M.D. Adenomiosis A neglected Diagnosis. American Journal of Gyne. and Obstet. 1978 page 468.*
- 8.- *Rokitansky-Kauter-Hauser Syndrome Asociated with Fibroma. tosis uteri. Vol. 51, No. 1. January 1978, page 2s. from Obstet. and Gynecologic American College.*
- 9.- *Pregnancy complicated by intravenous Leoimyomatosis John N. Miller. Jr. M. D. Sacramento Calif. American Journal of Gyne. and Obstet. June 1975 Page 485.*
- 10.- *Giant tumor uteri, by Harry S John, Jonas. M.D.; FACOG Byron J. Masterson. Vol. 15, July 1977.*

- 11.- Kelly, H.A and Cullen. T. S. Myomata of the Uteri W.B. Saunders, Philadelphia, 1970, page 150.
12. Ricardo Schwarcz. Obstetricia, Edit. El Ateneo 8a. Edición 1973, pp. 665.
- 13.- Davis. Christopher, Patología Quirúrgica. 10a. Edición 1972, ppl431
- 14.- Everett, H. S. Effect of the uterine myomas on the urinary tract. Clin. Obstet. Gynec. 1:429; 1975.
- 15.- Robins, Tratado de Patología; Interamericana 1967 Fibromiomas; páginas 1018, 1032, 1035.
- 16.- Gynecological and Obstetric Pathology; Herbut. 1953, p. 292 Histologic of the myoma.
- 17.- UCLA Cancer Center Bulletin, Vol. 6. No. 1, by Phillip Koeffeler, January February 1979, page 1.
- 18.- Montgomery. J. B. and Lon J.P. RADIATION THERAPY FOR MYOMA UTERI. Clin. Obstet. Gynec. 1: 1:445, 1970.
- 19.- Gynecological Pathologic, Haines And Taylor, 1962 page 208.
- 20.- CESAREAN. HYSTERECTOMY by Ralph A. Reis. M.D. John J Sciarra M.D. Minneapolis, Minnesota. American Journal of Gynec. and Obstet. Vol. 122 No. 2 page 975.

~~Br. CARLOS ENRIQUE VILLATORO S. CHLZ~~

~~Asesor~~
DR. MARIO A. BARRIOS

Revisor
DR. HALDO LÓPEZ VILLAGRAN

Secretario General
DR. RAUL A. CASTILLO

Director de Fase III
DR. JULIO DE LEÓN

Vo.Bo.

Decano
DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO