

SARCOMAS DEL ÚTERO

Dr. ALFONSO GIAMPIETRO (*)

Traemos a consideración de los colegas peruanos 2 casos de sarcoma del útero, que tuvimos recientemente en la Clínica que dirige el Profesor J. J. Crottogini y que nos honramos en pertenecer.

Este es un trabajo de la Clínica a la cual pertenecemos. Además hemos tratado de recopilar los casos de sarcoma que existen en nuestro medio y aunque no sabemos si son todos, por lo menos son aquellos que están documentados, por estar publicados para el conocimiento de los mismos.

Las características que este tumor presenta son:

- es menos frecuente que otros tumores malignos, por ejemplo el epiteloma;
- se tiene dificultades para poderlo evidenciar en su inicio;
- en general evoluciona rápidamente;
- tiene localización en el cuerpo y en el cuello del útero;
- es de un pronóstico muy severo, como lo demuestran las estadísticas;
- y el tratamiento es de poca efectividad.

HISTORIAS CLINICAS

E. M. P. de F.	Nº de Reg. 188.746	H. de Clínicas.
Edad: 52 años	Nac. oriental	Raza: negra
Ingreso: 19-VII-1963.		

Motivo de ingreso: dolor en fosa ilíaca derecha y tumor abdominal en crecimiento.

Antecedentes familiares: madre fallecida por afección cardíaca. Esposo e hijos sanos.

(*) Hospital de Clínicas. Prof. J.J. Crottogini. Montevideo - Uruguay.

Antecedentes personales: estudiada en el Servicio de Colectividades — aorta grande Hipertensa (23 de Mx.) teniendo trastornos de cefaleas, acufenos, fosfenos y dolor precordial.

Antecedentes ginecológicos: operada en el Hospital Pasteur por un tumor del útero (mioma) grande, del tamaño de una cabeza de adulto, hace nueve meses.

Antecedentes obstétricos: 4 embarazos, 3 partos y puerperios normales; hace 14 años 1 aborto provocado.

ENFERMEDAD ACTUAL: hace tres meses empieza con dolor tipo puntado de media a una hora de duración, que aparece en forma esporádica, localizado en F.I.D., muy intenso e irradiada en hipogastrio, siendo igual en estos tres meses. No se acompañó de fenómenos asociados. Antes de empezar esta puntada, unos 15 días antes, había notado dos tumoraciones en F.I.I. que refiere de la siguiente manera: una tumoración superior como un huevo de gallina, muy móvil y que no crece y otra tumoración inferior, fija, sin límites y que está aumentando.

EXAMEN: lúcido, apirética, estado general bueno. Mucosa bien coloreadas. Masas musculares conservadas.

Bucofaringe, cuello, pleuropulmonar: sin particularidades.

Mamas: péndulas. No hay nada de particular. Axilas: s/p.

Abdomen: Inspección —

De pie — vientre prominente, en obus, irregular con algunas saliencias nítidas en el hemiventre inferior izquierdo. No existe circulación colateral impartante.

De decúbito — vientre deformado y asimétrico por formaciones polilobuladas que abarca hemiventre inferior y parte del superior. Cicatriz mediana infraumbilical.

Palpación —

Se aprecia una tumoración abdómino-péivica que ocupa parte del hipocondrio izquierdo y epigastrio, ombos flancos, ambas fosas ilíacas, región umbilical e hipogastrio;

— de contornos irregulares, de forma groseramente redondeada, polilobulada;

— de superficie irregular con lóbulos o salientes del distinto tamaño;

— y distinta consistencia, en parte sólida y en parte quística;

- de movilidad limitada e indolora;
- no hay sensación de onda líquida.

Percusión —

Sonoridad peritumoral.

Fosas lumbares: libres.

EXAMEN GENITAL: **vulva** sin particularidades. **Vagina:** termina en fondo ciego, elástica, amplia. Se aprecia un elemento lobuloso a través de ella, que corresponde a la parte inferior de la tumoración descrita. **Fondos de sacos** ocupados por la tumoración.

Tacto rectal: se palpa a través de su pared el polo inferior de la tumoración abdominal ya descrita.

RESUMIENDO diremos: paciente de 52 años, sometida hace 9 meses a una histerectomía total con conservación de anexos y que desde hace 8 meses nota un aumento progresivo del vientre en el cual se palpan dos tumoraciones, una de ellas crece rápidamente.

No había repercutido en su estado general, ni en el aparato urinario ni en el digestivo.

Exámenes auxiliares:

Abreu — cardiomegalia; campos pulmonares: s/p.

Royos X — opacidad pelviabdominal, gases en el colon.

Urológico: orinas claras; citoscopia: s/p.

Citología no se observon oncocitos; Papanicolaau grado II.

Orina — sin particularidades.

Hemograma — 3.600.000 Gl. Rojos 10.100Gl. Blancos.
84 % Hemoglobina.

Sangría — 1 min. Coagulación — 10 min.

Wassermann, Kahn y VDRL — negativos.

Urea — 0.45 grs.

Clicemia — 1.08 grs.

OPERACION:

Cirujano — Dr. A. Ciampietro Ayudantes — Dra. R. Fernández
Pte. Bergalli.

Incisión mediana infra y supraumbilical siguiendo la incisión anterior. Al abrir el peritoneo se encuentran tumoraciones múltiples adheridas al intestino, epiplón y pared de vejiga.

Se resuelve extraer lo más que se pueda, debido a las adherencias que presenta, pudiendo extraerlo casi en totalidad.

Como la paciente no estaba en buenas condiciones y a pedido del anestesista se resuelve terminar la operación lo más rápido posible.

Cierre del peritoneo y la pared por planos.

La aspiración efectuada durante la operación dió 900 cc. de sangre, sin contar la masa tumoral.

Se pasaron 1.350 cc. de sangre y se continuará después.

Anatomía Patológica:

Dra. Perla Mamán — 29 de julio de 1963.

Se reciben múltiples formaciones polinodulares, algunas parcialmente encapsuladas, que van de 7 x 3.5 cms. hasta 27 x 20 cms.; que pesan en totalidad 5.700 grs.; de color blanquecino-rosado, con áreas hemorrágicas, dilaceradas y necrosados sobre todo en la tumoración mayor.

Se observan además múltiples elementos vasculares con contenido hemático coagulado y sin coágulos.

Sr. N. Toledo Correa.

En los 3 fragmentos examinados se observa una proliferación celular atípica con abundantes figuras de mitosis, núcleos monstruosos y forma en general fusiforme de los elementos celulares.

Los elementos celulares tienen la morfología de disposición arquitectural formando haces tal como lo hacen las fibras musculares.

Hay zonas de marcada maduración o diferenciación fibrocelular muscular. Extensas zonas de trombosis vasculares y necrosis tumoral.

Se trata de una siembra peritoneal por leiomioma de probable origen uterino.

RESUMEN:

52 años, nueve meses antes del ingreso operada de histerectomía total con conservación de anexos. A los tres meses de la misma aumenta su vientre, crecimiento rápido sin repercusión.

EVOLUCION: 25-VII-1963.

Evolución mala. Desmejoramiento del estado general. Ascitis. Caquexia, falleciendo unos 5 meses después de la operación.

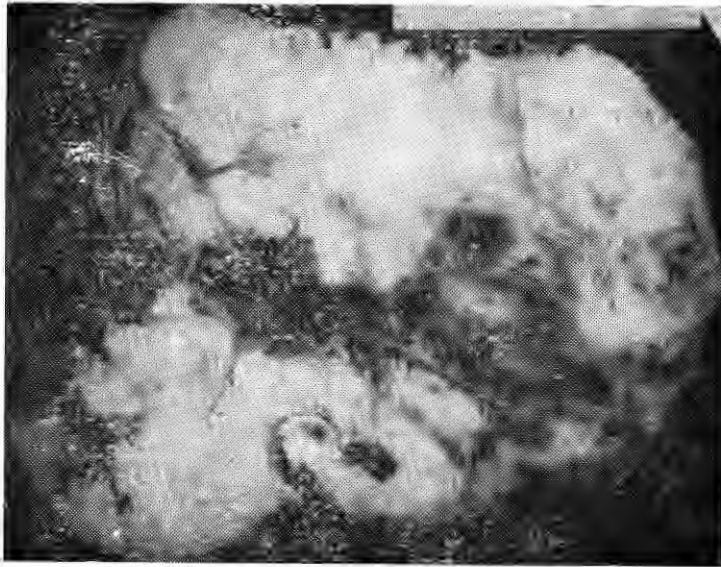
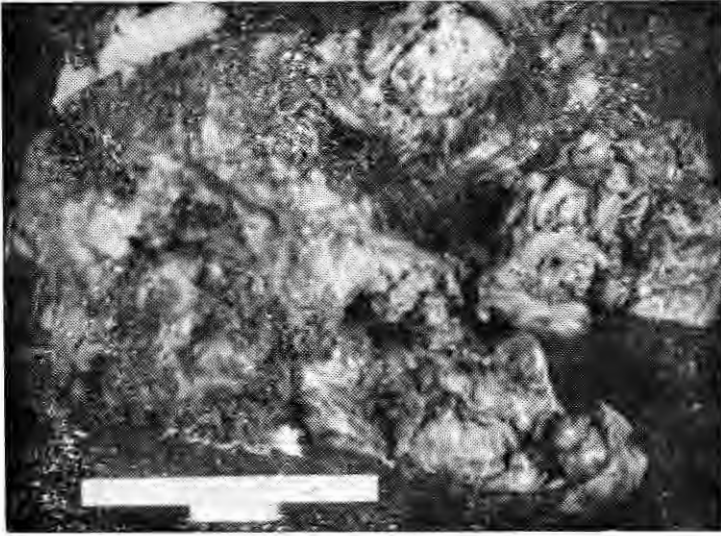


FIGURA N° 1 y 2.— Macrofotografía de una de las masas tumorales polinodulares. Obsérvese el aspecto en partes fasciculado, en partes necrótico y hemorrágico, con vasos trombosados.

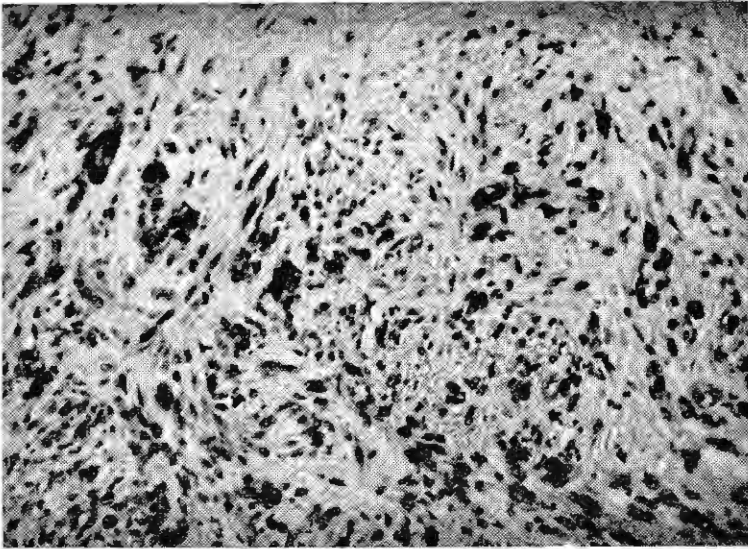


FIGURA Nº 3.— Microfotografía. Proliferación de células fusiformes alternado con elementos globulosos. Marcadas atipias y monstruosidades nucleares. Aspecto fasciculado del crecimiento celular neoplásico con haces perpendiculares entre sí.

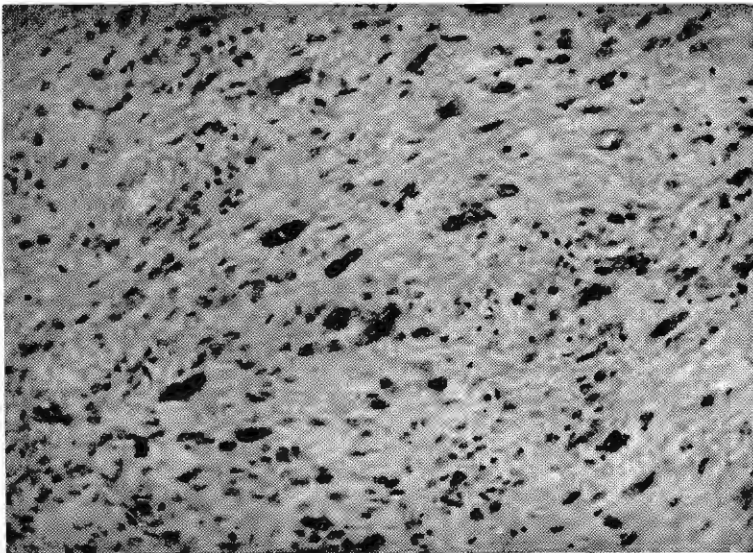


FIGURA Nº 4.— Microfotografía. Células acintadas y fusiformes con atipias nucleares. Diferenciación fibromuscular clara. Las técnicas de coloración adecuadas mostraron miofibrillas.

Hemos tratada de obtener datos de la operación anterior y del estudio histológico de la pieza que había sido catalogada como que se trataba de un mioma.

Esto no ha sido posible. No hay documentación del examen anatómopatológico, a pesar de nuestras búsquedas.

No dejamos de comprender la importancia que esto tiene en la evolución de esta enferma; además lo es para la catalogación del origen inicial de esta difusión sarcomatosa.

L. M.	Nº de Reg. 190.087	H. de Clínicas.
Edad: 62 años	Nac.: oriental	Raza: blanca

Ingreso: 17-VIII-1963.

Motivo de ingreso: por tumoración abdominal y dolor.

Antecedentes familiares: sin importancia.

Antecedentes personales: apendicectomía en 1945; dispepsia hepato-vesicular; disnea de esfuerzo; palpitations.

Antecedentes obstétricos: no tuvo embarazos.

Antecedentes ginecológicos: sin particularidades.

ENFERMEDAD ACTUAL: desde el año 1961 tiene discretas molestias localizadas en F.I.I., notando una tumoración grande, de superficie, lizo dura, fija, no dolorosa. Nota luego que esta tumoración aumenta rápidamente. Aparece dolor en F.I.I. irradiado a la región umbilical. Más tarde aparece un dolor tipo puntada que irradia al muslo del mismo lado. No tuvo genitorragias ni flujo.

EXAMEN: paciente lúcida, apirética, delgada y con decoloración de piel y mucosas.

Mamas: hipertróficas.

Abdomen: deformado por una gruesa tumoración que ocupa prácticamente todo el abdomen, redondeada, de superficie lisa, de consistencia irregular, teniendo partes más firmes y otras más quísticas. Duele algo a la palpación.

EXAMEN GENITAL: **vulva** atrófica. **vagina** acortada. **Cuello** no se puede visualizar y el **cuerpo uterino** no se individualiza en esa tumoración abdominal que es lobulada.

Tacto rectal: no da mayores datos.

Exámenes auxiliares:

Cardiovascular — electrocardiograma: s./p.

Urológico — sin particularidades.

Hemograma — 3.400.00 Gl. Rojos 4.300 Gl. Blancos 62% Hb.

Eritrosedimentación: 65 la 1ª hora.

Orina — normal.

Estudio radiológico — RX simple de abdomen: opacidad, homogenesis des-
plaza el intestino, ampolla rectal a derecha, colon
hacia arriba y afuera.

Citología — no se ven células atípicas. Frotis atrófico.

Papanicolaou grado I.

Pte. Bergalli.

OPERACION:

Cirujano — Dr. A. Ciampietro Ayudante — Dra. A. Laurino.

Incisión supra e infra umbilical. Abierto el peritoneo se encuentran for-
maciones de consistencia sólida, de superficie irregular con abolladuras, muy
frable. Una forma cuerpo con el útero otra ocupa el abdomen superior y la
tercera está en el Douglas.

Se efectúa una histerectomía total con anexectomía bilateral.

Se deja Celfoam y dos mechas en el lecho pelviana. No se puede ex-
tirpar totalmente la masa pélvica, quedando algo en la zona parametrial
derecha.

Aspecto macroscópico de estas formaciones es de sarcoma probable-
mente de origen uterino.

Post-operatorio: relativamente bueno inmediato y mediato. Se repo-
ne de la anemia y,

El 16-IX-1963 se da el alta con control en Policlínica, para continuar
su tratamiento.

Anatomía Patológica:

Dr. N. Toledo Correa.

Tumoración pelvi-abdominal. Crecimiento abdominal desde hace 6
meses. Histerectomía total con anexectomía bilateral.

Son tres gruesas masas tumorales y otras pequeñas, nodulares. Pesan
4.400 grs. en total. La masa mayor forma cuerpo con el útero. Se reconoce

el cuerpo muy distorsionado incluido en la formación neoplásico. Quedan libres del tumor el istmo y el cuello. Además se reconocen ambas anexos con un ovario atrófico de un lado y de aspecto quístico en el otro (de 2.5 cms.) con un contenido sero-hemático y mucoso.

El aspecto general de las masas tumorales es la de un tumor fasciculado que ocupa la pared uterina y se exterioriza por varios nódulos subserosos. Los nódulos extra-uterinos que han venido sueltos son encapsulados o envueltos en serosa. Los nódulos muestran aspecto de deformación grasosa y necrosis cualitativa (reblandecimiento, formación de geodas).

Se hace histología de un fragmento de tumor; uno extra-uterino y otro tomado con miometrio. Dos cortes de ovario, uno de trompa y un corte de istmo.

El examen microscópico muestra: sarcomatosis de origen uterino, proliferación atípica, fibras musculares lisas con abundantes figuras monstruosas. **Leiomioma** (malignidad, leiomiomas previos, necrosis y degeneración). Marcada modulación fibrosa en otras nódulas. No hay metástasis ovárica. Endometrio atrófico. Endocervix con riqueza glandular y glándulas quísticas. En el ovario quiste cilioepitelial.



FIGURA Nº 5.— Macrofotografía. Obsérvese la gran masa tumoral multinodular formando cuerpo con el útero, del que se ha evadido. La flecha indica el sitio del cuello uterino. Otra masa tumoral extrauterina abdominal. Aspecto más sólido y más dureza al corte.

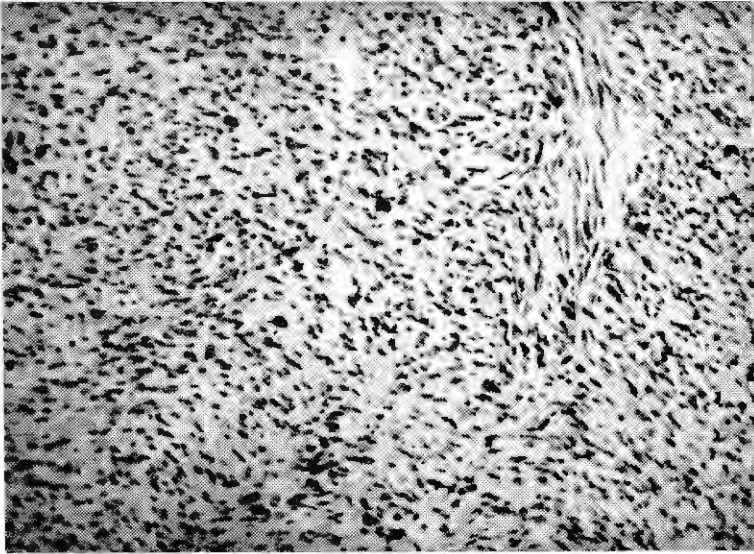


FIGURA N° 6.— Microfotografía. Intensa proliferación celular con atipias nucleares. Neta tendencia a la disposición fasciculada.

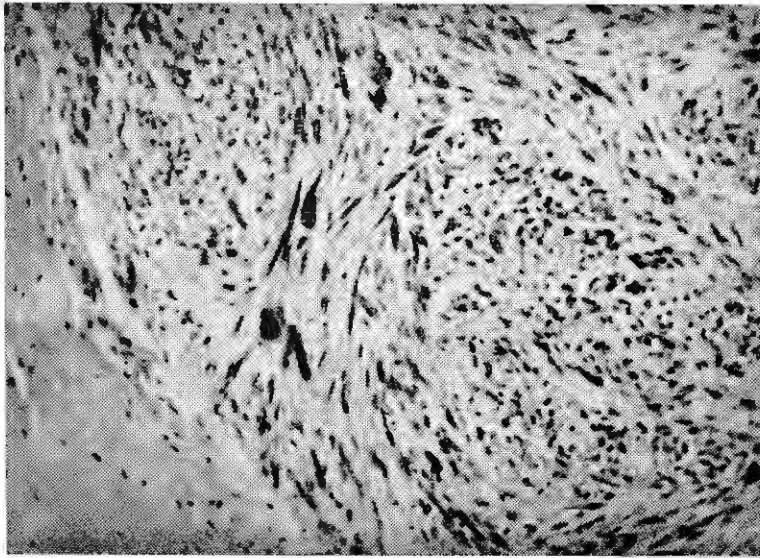


FIGURA N° 7.— Microfotografía. Disposición en haces perpendiculares del crecimiento de las fibras musculares lisas atípicas. Algunas figuras monstruosas

EVOLUCION:

Se ha seguido posteriormente a esta paciente, con vigilancia clínica y colpocitología, tactándose en el parametrio una masa firme, indolora, fija. La citología muestra un Papanicolaou grado I.

Después de cambiar ideas con el Prof. Frangella (Radiólogo) previa la aplicación de actinoterapia, se resuelve efectuar Di-Cloron (mostaza nitrogenada) uno 4 o 5 días y aplicaciones de Telecobaltoterapia pélvica.

La misma se realiza, haciendo una serie. Es bien tolerada por la paciente.

Se sigue el control en la Policlínica, estando la paciente con un aparente buen estado general, pero la tumoración persiste, sin dolores ni molestias.

Se continuará vigilando, haciendo exámenes clínicos periódicos, exámenes de orina, sangre y citología seriada.

1º-VI-1964 Vimos a la paciente; aún continúa bien; pero la tumefacción persiste, sin dolores ni mayores molestias.

E. C. C.	Nº de Reg 165.552	H. de Clínicas.
Edad: 59 años	Nac. oriental	Raza: blanca

Motivo de ingreso: distensión abdominal progresiva.

Antecedentes familiares: madre sano; padre fallecido por congestión pulmonar; hermana sana; cinco hijos sanos.

Antecedentes personales: afecciones eruptivas de la infancia.

Antecedentes ginecológicos: sin particularidades.

Antecedentes sexuales: sin particularidades.

Antecedentes obstétricos: 6 embarazos, 4 de término, partos y puerperias normales; 1 complicado; 1 aborto espontáneo.

Antecedentes menstruales: menarquia a los 13 años, tipo 3/30. Menopausia hace 12 años.

ENFERMEDAD ACTUAL: desde hace 4 años tumoración ovalada en hipogastrio, pequeña e indolora. Aumenta progresivamente; pero en estos últimos tres meses ha aumentado rápidamente haciéndose dolorosa. Hace dos meses

astenia, anorexia, adelgazamiento. Desde entonces también edemas de los miembros inferiores.

Tránsito urinario: sin particularidades.

Constipación hace tres meses.

EXAMEN: lúcida, apirética, mal estado general. Algo deshidratada (signo de Nivodum). Piel y mucosas pálidas. Pérdidas de las masas musculares.

Bucofaringe: lengua seca. Faltan piezas dentarias.

Regiones cervicales: adenopatías cervicales pequeñas.

Mamas: pequeñas.

Abdomen: Inspección — piel brillante y libre, con varicocidades superficiales. Circulación colateral aumentada. Cicatriz umbilical desplazada. Edema super-púbico. Deformado y distendido por una gran tumoración intra-abdominal que ocupa casi todo el abdomen; del tamaño grosero de un embarazo de 8 meses; redondeado con una prolongación hacia el lado izquierdo.

Consistencia sólida y quística por sectores; muy poco móvil en sentido lateral, fija en sentido vertical.

Edema de los miembros inferiores.

EXAMEN GENITAL: Monte de Venus edematoso. Pliegues inguino-crurales: s. p. **Vulva:** edema de grandes labios. Labios menores, clítoris, y capuchón: s. p. **Vagina:** amplia, pequeño nódulo del tamaño de un garbanzo de la pared posterior. **Fondo de saco anterior;** es muy profundo y en la pared del mismo retro-púbica se alcanza a tocar el útero móvil discretamente. **Fondo de saco posterior:** ocupado por una tumoración de aspecto quístico, fija, indolora, que forma cuerpo con la tumoración abdominal.

Sangro discretamente, no se puede individualizar el cuerpo del útero.

Examen vaginal con valvas: en cara posterior al nivel de la tumoración antes descrito, no se observan modificaciones de la pared vaginal. No es posible visualizar el cuello debido al desplazamiento del mismo.

RESUMEN: 59 años, mal estado general.

Del punto de vista funcional: aumento brusco de la tumoración desde hace 4 meses.

Del punto de vista físico: tumoración abdominal quística, sólida. Pequeñas genitorragias.

DIAGNOSTICO CLINICO: probable tumoración maligna de ovario.

Conducta: exámenes de rutina. Intervención sin demora.

Exámenes auxiliares:

Radiografía de tórax: ambos diafragmas ascendidos. Opacidad basal del lado izquierdo. Aorta ensanchada y con calcificación de las paredes.

Examen cardíaco: electrocardiograma, dentro de los límites normales

Examen de sangre: Hemograma — Gl. Rojos 3.540.000
Gl. Blancos 6.800
Hb. 0.62

Wassermann y Kahn: negativos.

Eirtrasedimentación: 1º hora 55.

Urea: 0.35 grs.

Claroglobular: 2.66 o/oo.

Claro plasmática: 3.58 a/oo

Índice: 9.75

Tiempo de coagulación 9 min.

Tiempo de sangría 2 min.

Proteinemia: una de 7.25; otra de 5.40.

Examen de orina: normal.

OPERACION:

Cirujano: Prof. Crottogini Ayudantes: Dra. R. Fernández.

Anestesista: Dr. Christie.

Operación propuesta: Laparatamía.

Operación realizada: HISTERECTOMIA TOTAL CON ANEXECTOMIA BILATERAL (ruptura de los quistes intraperitoneales).

Mediana infraumbilical y rodeando el ambligo hacia arriba unos 10 cms. Se comprueba la presencia de una gran tumoración mediana que se identifica con el útero, de un tamaño semejante a un embarazo de 4 á 5 meses. Hacia arriba e izquierda tumoración quística de ovario izquierdo que despliega el mesosigmoide; por detrás del útero y hacia la derecha se encuentra otra tumoración del ovario derecho.

La tumoración izquierda se adhiere intensamente al mesosigmoide y lo comprime parcialmente. Ambas uréteres se hallan dilatados por encima.

Se libera con gran dificultad, abriéndose ambos quistes con las maniobras de despegamiento.

Se hace histerectomía total con extirpación de ambas masas quísticas, no pudiéndose reconocer nada más que la trompa derecha.

Se coloca mecha vaginal desde la cavidad abdominal, que queda por encima de la colocada previamente en vagina. Se sutura una brecha del mesosigmoide. Se extirpa un ganglio pequeño en este meso que se envía a anatomía Patológica.

Hemostasis correcta.

Exploración: no hay ninguna infiltración ni metástasis.

Drenaje en cigarrillo en Douglas.

Abiertos los tumores quísticos se aprecian brotes excrecentes friables.

EVOLUCION POST-OPERATORIA: con algunas alternativas de distensión y trastornos urinarios.

Por indicación del Prof. Crottogini se hace una exploración radiológica del árbol urinario. No da ninguna cosa que llame la atención.

El estado general es regular, a pesar que mejora paulativamente.

Posteriormente aparecen adenopatías inguinales, motivo por el cual se le hace cobaltoterapia.

ALTA el 28-III-1962 para ser seguida en la Policlínica, donde se la ha estado vigilando, pero el estado es malo.

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO:

Br. N. Toledo Correa.

Macroscopía: Pieza de histerectomía total con ambos anexos, el derecho viene separado. El útero con el anexo izquierdo pesa 1.400 grs. y mide 17 x 9.5 cms. Es un útero globuloso, observándose una excrecencia poliposa rojo-negrucza que sale por el arificio cervical.

Al corte longitudinal se observa que la cavidad uterina está ocupada por una gruesa masa tumoral que se exterioriza por el cuello en forma de pólipo. Dicha masa tumoral blanquecina opaca en general, pero muestra diversas zonas de aspecto brillante alternando con otras opacas. Es un tumor blanduzco, en partes con aspecto de sarcoma y en partes con aspecto de carcinoma. Hay zonas del tumor que están reblandecidas y en la zona baja cervical muestra hemorragia y trombos. El tumor muestra una grosera forma ovoidea rodeada por miometrio a que infiltra decididamente. El miometrio está elongado e hipertrófico. En la pared lateral izquierda del útero se observa que el tumor invade bastante el miometrio, observándose además que el anexo izquierdo está adherido al útero en dicha zona.

El anexo izquierdo muestra un tumor ovárico quístico, ya seccionado por el cirujano. Mide unos 12 x 6 x 3 cms. y en su superficie interna hay

áreas con vegetaciones papilares blanquecinos y sólidas. Dicho tumor quístico odhiere al miometrio del lado correspondiente. Hay adherencias fibro adiposas en la superficie externa del tumor quístico y algún raro foquito blanquecino externo.

El anexo derecho como ya se dijo muestra un tumor ovárico quístico que ha venido por separado por rozones de técnica operatoria. Ha sido abierto y sus medidas ahora son muy aleatorias pues la pieza está replegada. Muestro vegetaciones papilares intraquísticas similares a las del izquierdo, pero menos masas sólidas.

Se tomó para histología una serie de fragmentos que comprende prácticamente toda la circunferencia y porción central del tumor uterino (9 fragmentos). Se tomó un fragmento de la zona de adherencia útero-ovárica izquierda. Se tomaron fragmentos del tumor ovárico izquierdo y del derecho. Además se hizo histología de un pequeño ganglio linfático enviado y rotulado como procedente del meso-sigmoide.

Microscopía: se ha hecho un estudio ampliado de este caso, con abundante material histológico y con diversas técnicas microfscópicas (de coloración), con el fin de identificar los componentes del tumor uterino; las de ambos tumores ováricos y la posible relación entre los neoplasmas uterino y ovárico izquierdo.

Se puede concluir:

1) El útero presento un tumor mixto maligno de origen mesodérmico. Está constituido por tejidos múltiples tumorales, conjuntivos, muscular liso y muscular estriado, así como tejido cartilaginoso y óseo. Luego presenta tejidos epiteliales glandular y pavimentoso también atípicos.

El tumor tiene componentes sarcomatosos intrincados con elementos carcinomatosos (carcino-sarcoma) pero la multiplicidad de tejidos de estirpe meso-dérmica y especialmente la presencia de rbdomioblastos obligan a etiquetarlo como **tumor mixto mesodérmico maligno**.

2) Ambos tumores ováricos tienen estructura de **cistocarcinoma papilar** sin exteriorización probada (intracapsular).

3) No hay penetración del tumor ovárico izquierdo en el miometrio, ni del uterino en la pared quística ovárica.

Los tumores ováricos y uterino son independientes y estructuralmente diferentes.

4) No hay metástasis en el ganglio linfático del meso vecino.

C O N S I D E R A C I O N E S

En el trabajo del Dr. Pedro Tost publicado en los "Anales de Ginecología de la Cátedra del Prof. Juan J. Crottogini", Año I, Tomo I, 1963, pág. 223, se puede leer: que habían sido estudiados 3 casos de sarcoma en la Clínica que dirige el Prof. Dr. M. Rodríguez López; 2 casos privados del Prof. Crottogini y 3 casos motivo de ese trabajo, del archivo de la Clínica en el primer quinquenio de su funcionamiento.

Por lo tanto hasta ese momento eran 8 casos. Hay una cita en ese mismo trabajo de 1 caso del Dr. Luis D. Bottaro de un sarcoma a localización cervical (año 1943). Ya serían 9 casos.

Nosotros aportamos 2 casos más de sarcoma del útero, como se puede ver en las historias relatadas y un carcino-sarcoma también de la Clínica del Prof. Crottogini y 6 casos más del Laboratorio privado del Profesor Mautone, al cual le agradecemos su colaboración.

Además tenemos 1 caso privado del cual leeremos el informe.

TOTAL son: 18 casos y 1 carcino-sarcoma.

H I S T O R I A C L I N I C A

M. J. Matrícula: 42.076 Edad: 48 años.

Ingreso: 6-IV-1962.

Presenta amenorrea de 6 meses. No tiene manifestaciones funcionales. Soltera y sin hijos.

Examen: presenta un tumor abdominal, firme e indoloro.

DIAGNOSTICO CLINICO: miomatosis uterina.

OPERACION: histerectomía total. Apendicectomía.

Radiografía: opacidad difusa pelvi-abdominal.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Dra. Seliba Piovano de Lista.

Macroscopía: útero miomatosos, con aspecto madrepórico. 900 grs. de peso. Color grisáceo rojizo, blando. Se secciona en cortes seriados y se ven en el centro de esta masa, necrosis y reblandecimiento. En la periferia de la masa están infiltradas por sangre y solo es posible reconocer a veces el músculo uterino.

Microscopía: en los preparados obtenidos de áreas distintas dentro de la pieza, fue posible reconocer músculo de la pared uterina. No se reconoce

cavidad, ni mucoso, que estaba necrosado. Hay infiltración tumoral irregular de carácter sarcomatoso, (fibro-sarcomatoso).

OTROS DATOS: esta paciente pasó mucho tiempo sin venir al control clínico y para completar tratamiento.

Fue vista en junio de 1964 con lesiones múltiples, ascitis y pésimo estado general.

A propósito de estos casos clínicos hemos querido hacer algunas consideraciones prácticas que debe tener presente el clínico para pensar más en el sarcoma a localización uterino, que por sí, se presenta con poca frecuencia.

Hemos confeccionado los siguientes cuadros de diversos autores, donde podemos apreciar la relativa frecuencia que ellos presentan.

C U A D R O N° 1

FRECUENCIA DEL SARCOMA UTERINO CON RELACION
A OTROS TUMORES MALIGNOS

Autores	Promedio
Crawford	2.6 %
Finn	3.3 %
Fenton	5.5 %
McFarlane	2.5 %
Novak	4.5 %
Webb	1.8 %
Smith	1.1 %
Thornton	1.5 %
Barrows	7.7 %
Tost (de la Cl. Prof. Crottogini)	2.7 %

Como hemos visto el porcentaje del sarcoma uterino con relación a otros tumores malignos oscila alrededor de un 3% como promedio. En general las estadísticas son variables y de pocos casos.

Teniendo en cuenta la relación con el carcinoma:

Evans cita	1 caso en 40
Veit cita	1 caso en 37
Kimbrough	1 caso en 30
Fraenkel	1 caso en 27

La frecuencia del sarcoma uterino en relación con los miasmas del útero se puede ver en el Cuadro N° 2.

C U A D R O N° 2

INCIDENCIA DEL SARCOMA EN RELACION CON LOS MIOMAS

Autores	Porcentajes
Albrecht	3 %
Ahumada	2 %
Barrows	0.65 %
Corscaden y Singh	0.13 %
Davis, Howe y French	0.69 %
Davis	0.5 a 2 %
Evans	0.39 %
Fenton y Burk	0.33 %
Finn	0.30 %
Geist	4.80 %
Kardash	0.48 %
Kimbrough	0.76 %
Langstadt y Javert	0.4 %
Langstadt y Javert	0.77 %
Mayer	1 — 2 %
McFarlane	0.81 %
Murray y Wetzner	0.36 %
Novak	0.52 %
Proper y Simpson	6 %
Przyłora	1 %
Randall	0.19 %
Warner	2.0 %
Webb	0.76 %
Williams	0.26 %
Vogt	0.41 %
Tost (de la Cl. Prof. Crottogini)	0.5 %

Podemos decir que la cifra promedial oscila entre 0.5 y 1%.

L O C A L I Z A C I O N

La localización del sarcoma puede hacerse en el cuerpo del útero o en el cuello. Según **Pignad** en una serie de 399 casos correspondían 325 para el cuerpo y 74 en el cuello. **Aaro** en 44 casos de sarcoma hubo localización uterina en 37 casos; correspondían 7 casos al cuello del útero. Y de estos 7 casos 5 fueron tipo racimoso y 2 tipo úlcero.

En los casos que presentamos ninguno era del cuello del útero.

E D A D

La mayor frecuencia es alrededor de los 40 a los 50 años; pudiéndose ver en mujeres jóvenes y en niñas, como en mujeres de mucha edad. Ver Cuadro N° 3.

C U A D R O N° 3

E D A D	
Autores	Promedios
Aaro	50 años
Brea y Surian	40 — 50 "
Chang, Melin, Vellios, Castinean, Huber ...	49 "
Danforth	35 — 69 "
Fenton y Burk	40 "
Herman y Barrows	49 "
Langstadt y Javert	40 "
López Escobar y McLean	40 — 49 "
Przylora	42 "
Webb	40 — 69 "
Williams	40 — 49 "

Los casos clínicos que presentamos tenían 52, 59 y 62 años.

ANATOMIA PATOLOGICA

No vamos a entrar en la anatomía patológica histológica de estos tumores (mostraremos láminas), pero creemos que debemos destacar los elementos de orden práctica que interesan al clínico, cuando está en presencia de lesiones sospechosas de malignidad, para el manejo de las mismas.

Teniendo en cuenta además que el diagnóstico es generalmente operatorio en un gran número de casos.

Su aspecto es variable, ya en su forma, tamaño, consistencia como coloración.

Pueden existir infiltraciones hemorrágicas, necrobiosis, liquefacción, pseudo quistes.

A veces es firme, otras es muy friable.

Su alteración puede ser circunscripta o difusa.

El miometrio se infiltra o se acerca al peritoneo o la mucosa, a veces

hace efracción a través del peritoneo, como en uno de los casos presentados por Tost; o en la mucosa. En los últimos el legrodo biópsico puede ponerlo de manifiesto. También en el interior de un mioma puede sufrir la alteración sarcomatosa, siendo en la mayoría de los casos.

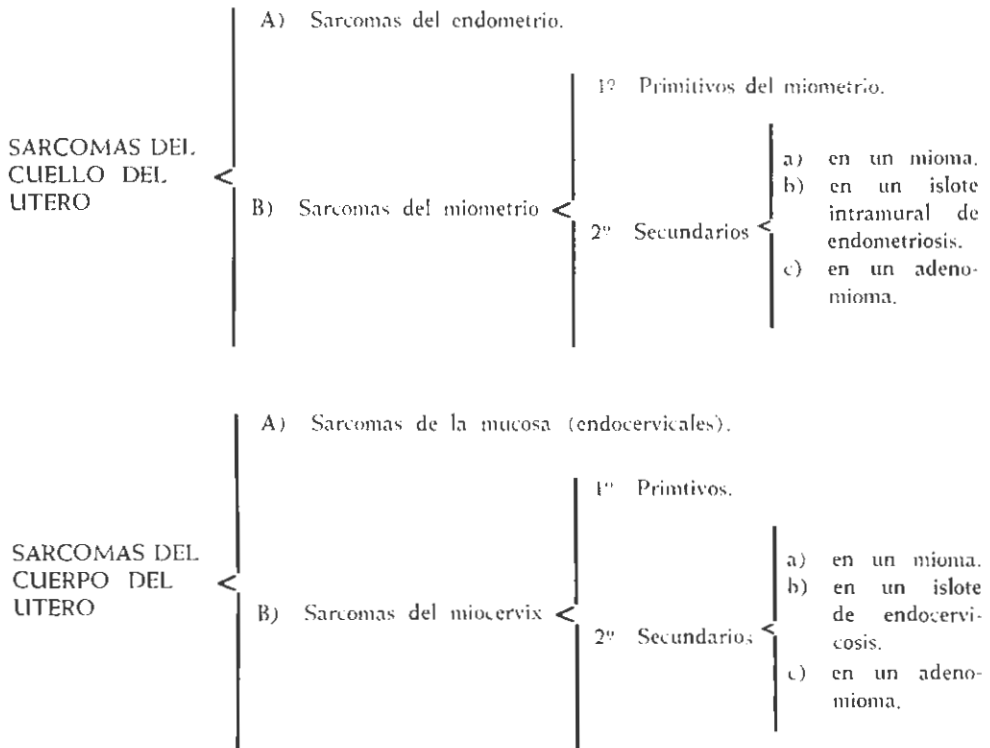
Creemos y así procedemos durante la intervención, una vez extirpada la pieza operatoria, debo ser ésta abierta, para ver su aspecto. Esto en muchos casos determina la ampliación operatoria.

En la localización cervical se puede presentar en forma racimosa, polipoidea (sarcoma botroide) o en forma ulcerosa.

Se le ha comparado a la mola vesicular. Este diagnóstico puede ser efectuado por la clínica, que la anatomía patológica confirmará.

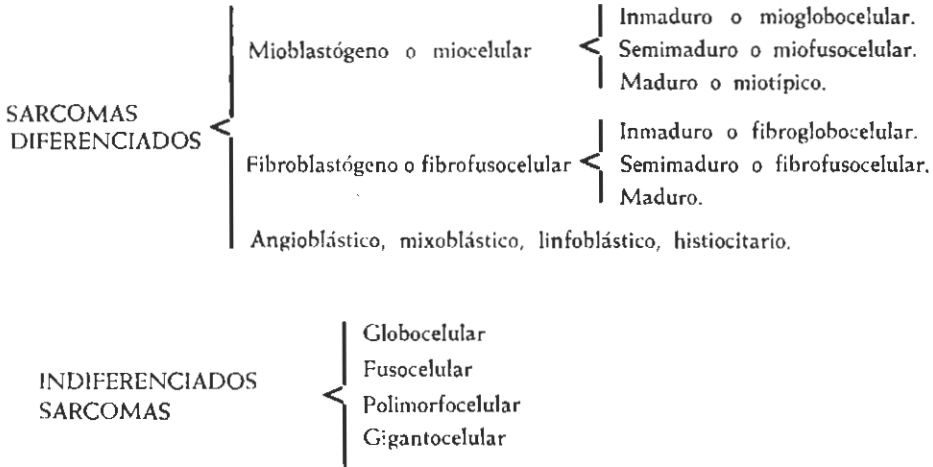
Hay varias clasificaciones sobre sarcoma. Nosotros seguimos la clasificación de Ahumada, Sammartino y Arrighi y en honor de los autores la transcribimos.

CLASIFICACION ADOPTADA POR AHUMADA, SAMMARTINO Y ARRIGHI



CLASIFICACION ADOPTADA POR AHUMADA, SAMMARTINO Y ARRIGHI

Combinado el criterio histogenético y el morfológico.



S I N T O M A T O L O G I A

Es de destacar que la sintomatología de esta afección no es específica, por lo tanto hay dificultad para ponerlo en evidencia, especialmente en su iniciación.

Pueden presentarse un grupo de síntomas que aparecen en un gran número de afecciones genitales, ya sean ellas benignas o malignas.

De ahí que G. López y Mc Lean digan: los síntomas pueden dividirse en 3 categorías, según la patogenia.

A) Síntomas que traducen la existencia del tumor intramural de desarrollo más o menos rápido pero respeta la mucosa o el peritoneo uterino.

B) Síntomas que se traducen por la invasión del endometrio o el parametrio.

C) Síntomas debidas a una complicación local (hemorragia, necrosis, infección):

Síntomas generales. Los síntomas generales son tardíos. Ellos se pueden manifestar por: desmejoramiento del estado general, anorexia, astenia, depresión, pérdida de fuerza, adelgazamiento, anemia progresiva, estado tóxico-infeccioso, llegando a la caquexia.

Cita Veit y Albrecht que la caquexia fue la síntoma primordial en personas portadoras de sarcoma uterina completamente asintomática, (esto es excepcional).

Generalmente llegan a esta después de haber presentada las síntomas antes mencionados.

Síntomas locales. Se puede manifestar por hemorragia, flujo, dolor, síntoma de compresión, aumento progresivo y rápido del tumor.

Hoblando de la **metrorragia, Ahumada** y colaboradores dice que se observa en más de la mitad de los casos, pudiendo ser de variable intensidad y según **Novak** ésta puede estar ausente cuando el endometrio no está lesionado.

La hemorragia es más ruidosa, más llamativa cuando la afección asienta en el endometrio o lo infiltra inmediatamente.

Sin embargo no tiene una traducción especial del sarcoma.

El **flujo** que puede ser seroso, purulento, fétido, sañoso a veces con restos de esfacele, es menos llamativo que la hemorragia.

El **dolor** es un síntoma tardío y varía de intensidad cuando en general comprime o infiltra los tejidos nerviosos.

Síntomas de compresión. Estos se manifiestan de manera variable según las vísceras o los plexos venoso o nervioso que compriman. Así tendremos síntomas urinarios o intestinales (mucho menos), edemas dolores por compresión nerviosa, etc.

Cuando la localización es cervical o endocervical puede presentar los mismos síntomas; pero se objetiviza más tempranamente y se hace visible al examen físico.

Al examen físico puede apreciarse el útero engrosado de volumen o la presencia de tumores miomatosos que producen irregularidad del mismo; a veces con modificaciones en la consistencia, otras veces sin llamar nada la atención.

Cuando hay una lesión en el endometrio o en el endocervix puede a veces exteriorizarse al nivel del orificio externo del cuello.

D I A G N O S T I C O

Diagnóstico difícil. Sintomatología común a otras entidades ginecológicas más frecuentes; por lo tanto la dificultad para hacer el diagnóstico es mayor.

En algunos casos es imposible porque siempre hay que pensar en lo más frecuente y después plantear la posibilidad de lo más raro.

En las formas en que el proceso tumoral es a marcha lenta, sin sintomatología característica, el diagnóstico se hará posteriormente con el estudio del tumor.

En cambio en las formas que toman la cavidad uterina, la posibilidad de su existencia se facilita; siempre que se piense en el sarcoma.

Hay que pensar en un **proceso maligno** el crecimiento rápido del útero en una mujer en el período menopáusico o post-menopáusico;

— la existencia de hemorragias, la blandura del mismo, la aparición de dolores desproporcionados con el tamaño del tumor;

— la aparición del desmejoramiento del estado general, la anorexia, pérdida de peso, astenia, etc.;

— la existencia de ascitis;

— la aparición rápida de un tumor uterino cuando ha sido extirpado anteriormente un mioma, llevan a pensar en él.

Hemos dicho que todo esto nos lleva al diagnóstico de tumor maligno; pero dada la poca frecuencia del sarcoma y la existencia mayor del epiteloma, en la gran mayoría de los casos se piensa en éste último.

Sin embargo debemos insistir que se debe pensar más en el sarcoma, que generalmente se olvida por los medios clínicos, y tener en cuenta los métodos auxiliares.

En los casos que aparecen antes de la menopausia, el diagnóstico de crecimiento rápido hace plantear el diagnóstico de gravidez, sin descartar la posibilidad del tumor maligno.

Cuando el sarcoma asienta en el cuello uterino o se exterioriza en él, conociendo el aspecto macroscópico del mismo, se llega con grandes posibilidades al diagnóstico de sarcoma.

Además se tendrá la confirmación clínica por el estudio anatómo patológico.

Será más difícil el diagnóstico en los casos circunscriptos, que en aquellos que están más extendidos; y entre los circunscriptos aquellos que asientan en un tumor miomatoso.

Debemos añadir y aunque esto parezca banal, toda pieza obtenida ya sea quirúrgicamente, por raspado o que se expulse espontáneamente, debe ser estudiada histológicamente.

Es de buena técnica abrir la pieza operatoria una vez extirpada, antes de terminar la intervención, pensando en la existencia de un tumor maligno y así evitaremos serios errores.

Con esto llegaremos más frecuentemente al diagnóstico de la lesión que nos ocupa.

Los medios auxiliares son la CITOLOGIA y la BIOPSIA.

LA CITOLOGIA — es un elemento a tener en cuenta para la búsqueda del proceso maligno aunque no hay nada específico para el sarcoma. Puede darnos la existencia del cortejo neoplásico; esto hace que busquemos en primer término el epiteloma del útero por ser más frecuente, en segundo término el sarcoma.

LA BIOPSIA — con el estudio histológico nos confirma en aquellos casos que hay infiltración endometrial o solencia de la lesión en la cavidad uterina.

P R O P A G A C I O N

Diremos solamente dos palabras sobre la propagación del tumor.

Se admite que este tumor cuando más indiferenciado y menos maduro es, tanto más rápida será su evolución y por lo tanto más precoz son sus metástasis.

Otro dato a destacar es en las formas maduras existe un crecimiento expansivo y destructivo; en las menos maduras el desarrollo además de ser expansivo es también en parte infiltrante.

Las vías de propagación son: la más importante es la venosa, pero pueden tomar las otras, especialmente la linfática, teniendo en cuenta esto, seguir la conducta terapéutica.

Como ya dijimos al hablar de los síntomas, puede haber la infiltración de los parametrios, la compresión de las vísceras en la pelvis o fuera de ellas y extenderse a distancia, dando una generalización del proceso.

P R O N O S T I C O

Según Veit evoluciona en 2 ó 3 años a partir de la iniciación de los síntomas.

A veces es de marcha más rápida aumentando su gravedad según su localización en el miometrio.

Hemos confeccionada el siguiente cuadro del Pronóstico en 5 años de sobrevivida, tiempo que se da de duración clínica a pesar que en algunos casos es más tardía.

C U A D R O N.º 4

P R O N O S T I C O

5 años de sobrevivida.

Brea, Surian	25 al 40%
Crawford y Tucker	29.6 %
Fenton y Burk	36 %
Finn	21 %
Kimbrough	34 %
McFarlane	29.6 %
Novak y Anderson	30 %
Randall	31 %
Schiffer, Mackes y Wolfe	19 %
Thornton	8 %
Williams	15 %

Como hemos visto por el cuadro presentado, no llega al 40% la sobrevivida de estas pacientes, siendo para la mayoría del 25% de promedio.

T R A T A M I E N T O

El tratamiento del sarcoma uterino es quirúrgico. En esto los autores están de acuerdo, salvo cuando las condiciones de la paciente no la permitan o el proceso este muy avanzado.

¿Qué cirugía? Par supuesta debe ser una cirugía radical.

De esta cirugía radical debe darse preferencia a la operación de Wertheim con célula-linfadenectomía.

Sin embargo en el mayor número de casos esta intervención no se realiza por el estado de la paciente.

Además como el predominio de la vía de propagación del sarcoma es la vía sanguínea, se considera que no es necesario realizar una operación tan amplia.

Sin embargo, como lo sostiene Ahumada y colaboradores, debe darse preferencia a este tipo de operación.

La mayoría de las veces, se realiza una caipahisterectomía total con anexectamía bilateral.

Desde ya debemos decir que la histerectomía sub-total no debe realizarse.

Es decir que la cirugía del sarcoma del útero cualquiera sea su localización, es la extirpación del proceso maligna cuando éste está localizada.

El tratamiento actínico se aplica en las siguientes condiciones:

- cuando es inoperable por razones técnicas o por la gran extensión de la lesión;
- en pacientes de edad avanzada y en precarias condiciones generales;
- cuando la cirugía no ha podido ser radical;
- en casos de recidivas;
- o como complemento de la cirugía.

Respecto a esto debemos decir que los radiólogos no están todos de acuerdo en hacer actinoterapia en este tipo de tumor y bosan su aplicación en la histología del mismo.

Hay ciertos tipos de sarcomas que son muy resistentes a las radiaciones.

Hoy se emplea con más frecuencia la Cobaltoterapia o el Betatrón. Aún no se pueden sacar conclusiones definitivas.

En una de nuestras observaciones se le hizo además de cirugía, cobaltoterapia. El estado general persiste relativamente bien; pero el proceso del parametrio persiste casi en las mismas condiciones.

La terapéutica con citostáticos es un tratamiento coadyuvante del dolor. Sin embargo parecería que dado antes de la actinoterapia haría de mordiente a las radiaciones.

Aún esto está en observación y no se pueden sacar conclusiones.

Hasta el momento resumimos el tratamiento de la siguiente manera:

- siempre que sea posible quirúrgico, completado con actinoterapia especialmente con cobaltoterapia;
- y asociándola a citostáticos que pueden ser dados antes de iniciar el tratamiento actínico o posteriormente;
- lo que hemos visto hacer es mostaza nitrogenada (Di Cloren).

Y para terminar con el tratamiento diremos que el sarcoma es un mal tumor para la conducción terapéutica. Los resultados son exiguas.

CONCLUSIONES

A) Hemos reunido los casos que existen en nuestro medio que han estado a nuestro alcance.

B) Creemos que deben existir muchos casos más que no se estudian y que pasan desapercibidos o no se confirma el diagnóstico de sarcoma.

C) El diagnóstico de sarcoma es difícil:

- por no tener síntomas propias;
- por pensar poco en él;
- y por ser poco frecuente.

D) Todo tumor miomatosa que evoluciona en la menopausia debe hacer pensar en la transformación maligna.

E) La citología es conveniente realizarla porque nos orienta a la malignidad del proceso en estudio.

F) El estudio por raspado uterino o por biopsia del cuello, es obligatorio realizarlo en aquellos casos de localización endometrial o cervical.

G) Creemos que es de buena técnica abrir la pieza operatoria durante el acto quirúrgico, antes de terminar la operación para ver si existe un proceso de aspecto maligno.

El diagnóstico de sarcoma muy frecuentemente se hace en el octo operatorio.

H) Aunque parezca banal toda pieza operatoria o material recogido por legrado uterino o biopsia de cuello, o mismo si es expulsada espontáneamente debe ser estudiada histológicamente.

I) El tratamiento de elección es el quirúrgico, salvo contraindicaciones generales de la paciente o porque técnicamente es inoperable.

J) La actinoterapia es coadyuvante del tratamiento quirúrgico o se emplea en los casos que están fuera de la cirugía.

K) El tratamiento quirúrgico, actínico y con citostáticos está en ensayos, no pudiéndose aún sacar conclusiones; en nuestro medio.