

ANGIOMA DEL UTERO

Dres.: A. GIAMPIETRO y J. MAUTONE

DE nuestras búsquedas en la bibliografía nacional no hemos podido encontrar ningún caso, a pesar de que cremos que deben existir y que no han sido documentados.

Por esto justificamos la presentación en nuestro país para iniciar la casuística.

Hemos querido traer al 2º Congreso Peruano este interesante caso que nos enseña que todas las piezas operatorias, lo mismo que los legrados y las piezas expulsadas espontáneamente, deben tener la sanción del histopatólogo.

Esto parece banal, pero no siempre se cumple y por ello es conveniente insistir.

El diagnóstico de esta afección vascular generalmente no se hace clínicamente; es del estudio de la pieza operatoria en el momento operatorio o del estudio histopatológico.

Sin embargo, en alguna ocasión, cuando la afección es pediculada como el caso clínica de Juarish, es posible, por el raspado biáptico, hacer el diagnóstico por el material obtenido (esto es la menos frecuente).

HISTORIA CLINICA

Nombre: G.R. de R. 35 años, uruguaya, casada.

Registro: N° 66.469 (Soc. Española).

Motivo de consulta: metrorragias.

Antecedentes familiares: s/p.

Antecedentes personales: s/p.

Antecedentes ginecológicos: discretas molestias en bajo vientre. Flujo blanco-amarillento.

Antecedentes obstétricos: un embarazo, un parto normal, lactancia normal por 3 ó 4 meses.

Antecedentes sexuales: discreta dismenarrea. Menarca a los 13 años, tipo 4/28. Última menstruación el 30 de mayo de 1962.

Historia actual: se trata de un paciente que desde hace unos días empieza con metrorragias de sangre roja que se inicia con discreto dolor en bajo vientre y continúa hasta el momento de la consulta, el 18 de julio de 1962.

Examen clínico: paciente normolínea, de aparente buen estado general. Mucosas coloreadas. Mamas: sin particularidades. Vientre: depresible e indoloro.

Examen genital: vulva y vagina: s/p. Cuello uterino: firme con O.G. transversal, bien epitelizado, viene sangría del interior del endocervix. Cuerpo uterino: en A.V.F. aumentado su volumen en un tercio, firme, algo irregular, globuloso, indoloro. Fandos de sacos: anterior, posterior y laterales, libres e indoloros. Se hace diagnóstico de útero grueso con nódulo miomatoso, siendo la primera vez que tiene el síndrome metrorrágico.

Se le indica contractores del miometria y descongestivos pélvicos y efectuar los axámenes de rutina.

Hemograma: GR: 4'400,000. GB: 6,500. Hb: 78%.

Tiempo de coagulación: 8 m. Sangría 2 m.

Examen cardiovascular: s/p.

Examen pulmonar: s/p.

Como la paciente continúa con sus pérdidas sanguíneas aunque en menor cantidad, se le aconseja efectuar un legrado uterino biópsico.

28 de junio de 1962: ingresa al sanatorio.

29 de junio de 1962: se efectúa un **legrado uterino** extrayéndose abundante material compuesto por fragmentos de mucosa endometrial y de color blanco-grisáceo que se envía para examen histológico.

Histerometría 9 cms.

La paciente está dos días en el sanatorio, pasando a domicilio donde se controlará.

6 de agosto de 1962: **Informe anátomo-patológico**, N° 9,376, por la Dra. Piovano de Leitz.

Examen macroscópico: abundante material compuesto con fragmentos de mucosa elástica y de color blanco-grisáceo.

Examen microscópico: todo el material está compuesto de mucosa endometrial con glándulas abundantes, algunos con aspecto que corresponde al período proliferativo, otros rectos con epitelio alto y moderadamente dilatados.

El corion congestivo, no hay atipia ni desorden en los componentes epiteliales de la mucosa.

Esta paciente pasa algunos días bien, las metrorragias cesaron. Se seguirá controlando en la policlínica. Tiene su menstruación con caracteres normales el 30 de setiembre de 1962 con duración de unos cinco días y discretos dolores.

El 10 ó 12 de octubre tiene una discreta metrorragia que dura unos cuatro días, volviendo a tener menstruación alrededor del 25 de octubre de 1962.

Los primeros días de noviembre vuelve a tener metrorragias, motivo por el cual aconsejamos internarse para realizar una intervención sobre su proceso uterino (miomatosis uterina).

29 de noviembre de 1962: ingresa.

30 de noviembre de 1962: se opera.

Operación

Pfannenstiel, se abre la cavidad peritoneal y se encuentra el útero aumentado de volumen. Se le realiza una histerectomía fúndica y una miomectomía. Cierre del peritoneo y la pared por planos. Puntos en la piel.

Se envía para examen histológico la pieza extirpada.

Post-operatorio normal. Alta en buenas condiciones.

Esta paciente la hemos visto en varias oportunidades siguiendo en perfectas condiciones. Se controla cada 3 ó 4 meses en Policlínica.

ANATOMIA PATOLOGICA

Fondo uterino

Resección parcial de fondo uterino de 4,5 cm. de alto por 4.8 de ancho a la altura de la inserción de sus ligamentos redondos.

Al corte frontal enseña, en el espesor del miometrio, un tejido rojizo, muy vascularizado, con zonas hemorrágicas de aspecto angiomatoide, que rodea casi totalmente la mucosa endometrial restante.

El estudio histopatológico de este sector enseñó una tumoración vascular de tipo capilar angiomatosa difusa.

Congestión y hemorragia intersticial.

Endometrio estrogénico intermedio, con algunas glándulas hipertróficas e hiperplásicas de tendencia quística.

Aspecto de lesión parietal uterina poco frecuente.

Sin malignidad en el material estudiado.

Diagnóstico de archivo

Angioma capilar uterino.



Foto N° 1.— Enseña el aspecto macroscópico del fondo uterino, con el angioma difuso, que ocupa la mayor parte del área extirpada. En la parte inferior se observa la sección correspondiente al endometrio fúndico.

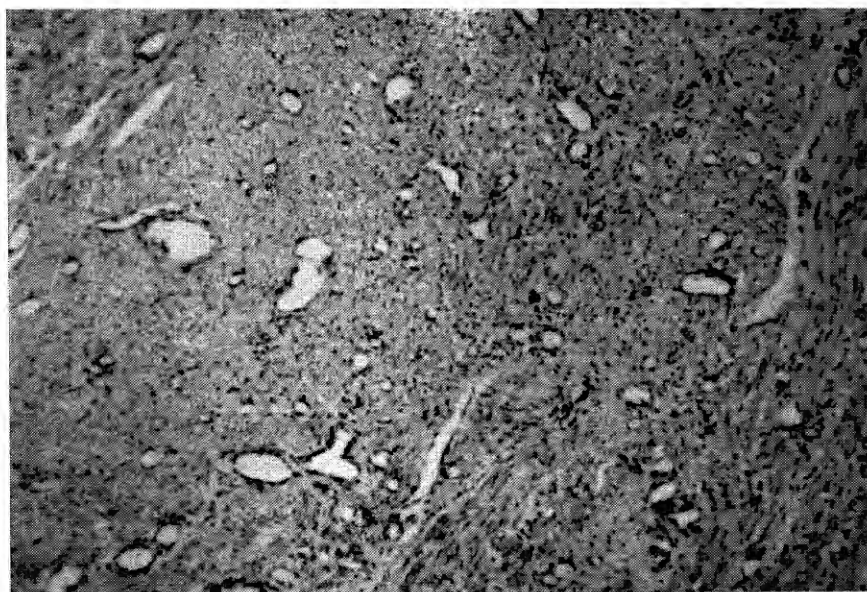


Foto N° 2.— Esta microfotografía, enseña a mediano aumento la disposición irregular de los vasos angiomatosos, linfáticos y sanguíneos.

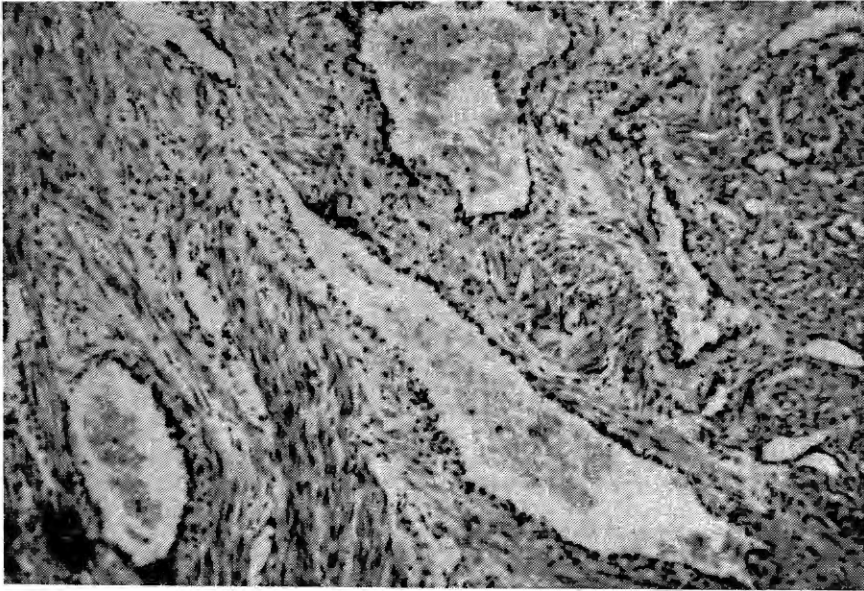


Foto N° 3.—Aspecto a mayor aumento donde se observa claramente las estructuras vasculares angiomasas, entre ellas hace fibro musculares miometriales.



Foto N° 4.—Otro aspecto de la lesión angiomasas, de donde puede observarse también el tabique intervascular, así como el revestimiento endotelial de los vasos tumorales.

CONSIDERACIONES

Creemos que la historia clínica relatada justifica que hagamos consideraciones sobre la localización del tumor; si bien es cierto que el angioma tiene localizaciones en otras partes de la economía cuya frecuencia es mucho mayor que el útero.

Sin duda alguna no se piensa en esta afección debido a su rareza y además por la frecuencia que existe de otras lesiones en el sector uterino.

La localización en el cuerpo uterino, de acuerdo a las diversas estructuras de la pared uterina puede ser: subserosa, intramural, submucosa y además estar concomitantemente con una lesión miomatosa.

La clasificación de estos tumores vasculares es a veces difícil, si se tienen en cuenta que los autores usan términos que no tienen la misma significación.

Aparece como primera descripción la de **Rokintansky** en 1846, hemanjioma del tipo cavernoso.

Klob en 1864; **Wirchow** en 1867 observaron un tumor extremadamente raro y **Bolt** en 1893.

Horgan en 1939 logra reunir 4 casos.

Kerorkian en 1940 pudo encontrar en 1,100 histerectomías 1 solo caso.

Knoll encontró 10 casos, pero no especifica en cuántos casos clínicos estudiados.

Al decir de **Lukie**, es un grupo raro de tumores del útero, pero de interés y es importante distinguir el tumor puro de la pared uterina, de los angiomas encapsulados en los miomas.

Maplas y **Brundet** han encontrado no menos de 12 casos de hemanjiomas del útero en la literatura mundial hasta 1952, al cual agregan los dos casos de ellos.

J. de Olivera Campos refiere 1 caso de angioma difuso capilar de endometrio, que no había encontrada en la literatura, teniendo en ese caso un útero aumentado das veces de volumen y la mucosa uterina de aspecto esponjosa.

Arrighi divide los angimas en:

- a) angiomas puros;
- b) tumores mixtos conjuntivos vasculares;
- c) miomas simples con un excesivo desarrollo de vasos en campos aislados del tumor.

En estos grupos están excluidas: el granulama angiomatoso, las telangiectasias y el aneurisma sirsoideo que son proliferaciones vasculares no tumorales.

Salum a propósito de un hemangioma cavernoso difuso del útero en el *Journal of Pathology and Bacteriology* en 1959, hace una revisión de los casos descritos y los agrupa en: hemangioma fibroide del útero; hemangioma difuso capilar o hemangioma cavernoso; hemangioma del cervix y angiosarcoma.

Esta localización uterina puede ir asociada a otras localizaciones de otros órganos o sistemas.

Pedowitz y **Felms** hablando de estos tipos de tumor los divide en: benignos y malignos, haciendo consideraciones sobre ellos y describiéndolos.

Los tumores **benignos**:

Hemangioma — capilar hemorrágico
cavernoso hemorrágico
hemangiomosis

Angioma

Hemangioendotelioma — benigno

Hemangiopericistoma — benigno

Los tumores **malignos**:

Hemangioendotelioma — maligno

Hemangiopericistoma — maligno

Gil Vernet encontró 1 caso de hemangioma del cervix en paciente menopáusica.

Jaurish en su monografía de angiomas, al decir de Aguirre, anota 1 observación de Brodersen de un angioma pequeño del fondo uterino y 1 caso de él, de un angioma pediculado del fondo uterino.

El caso de Aguirre se trataba de un hemangioma fibromatoso del útero en el cual se hace el diagnóstico de mioma uterino, tratándose de un hemangiofibroma.

Sudilovsky y **Sánchez Velazco** publican en la *Revista de Obstetricia y Ginecología Latino-Americana*, en 1962, 1 caso de angioma uterino llamando la atención que es un angiomioma cavernoso del útero e intramural y proponen una clasificación de angiomas uterinos en dos grupos: angiomas arterioles y angiomas cavernosos; destacando que los primeros son potencialmente malignos y está autorizado como tratamiento la histerectomía; no así en los cavernosos.

Lévy, Solal, Brest y **Duperrat** a propósito de 1 caso de angioma del útero hablan de los excepcionales que son estos casos.

Ritchie y **Giles** consideran que estos tumores deben ser incluidos en el diagnóstico diferencial de los tumores del útero.

Las observaciones documentadas que hemos tenido la oportunidad de leer son en general en todas ellas diagnosticadas como miomatosis uterina o procesos para-uterinos.

En ninguno de los casos se llegó al diagnóstico clínico de angioma del útero o fibroangioma uterino.

En general podemos decir que son pacientes que pueden estar ya sea en la pre-menopausia o en la menopausia y cuya sintomatología se caracteriza por la hemorragia genital que puede ser de pequeña intensidad, mediana o importante.

Hay quienes hacen destacar que la hemorragia puede ser de sangre roja rutilante y **presentarse en forma pulsátil**.

Algunas de ellas con hipermenorrea progresiva y creciente (como el caso de Arrighi), acompañan a veces a estas manifestaciones metrorrágicas el dolor, que puede ser del tipo de dolor expulsivo.

En un gran número de casos han tenido hijos y en algunos de ellos son grandes multíparas.

El examen físico a veces nos da la localización de una tumoración uterina o para-uterina de diversa consistencia, haciéndonos inclinar al diagnóstico de tumor uterino o para-uterino, de acuerdo a los datos semiológicos recogidos.

Pueden ir asociados a otras lesiones como pólipos, hiperplasia quística endometrial o neoplasma del cuello uterino, como el caso descrito por Salun.

Debemos decir que en general el diagnóstico lo hace la histología.

Es el raspado biopsico con fin diagnóstico que frente a una metrorragia aclara su origen.

En la mayoría de los casos, el diagnóstico fue hecho por el examen del raspado biopsico, o en caso de duda, por el estudio de la pieza operatoria.

En general, la conducta es la extirpación ya sea total o parcial del útero de acuerdo a las diversas condiciones de la paciente y la localización del tumor.

CONSIDERACIONES FINALES

- A) Presentación de 1 caso de angioma uterino.
- B) Objetivo para la casuística nacional.
- C) Tenerlo presente en los casos de metrorragias uterinas.
- D) Lo excepcional de estos casos.
- E) El diagnóstico generalmente es histológico; pero debemos pensar en su localización.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUIRRE, F.: Hemangioma fibromatoso del útero. *Rev. Mexicana de Cirug. Ginec. y Cáncer*, 21 : 142, 1953.
2. ARRIGHI, L.: Un raro tumor mixto uterino: el angiofibroma. *Obst. y Ginec. Lat. Amer.*, 12: 245, 1954.
3. COHEN, S.; INGLEBY, H.; GAYL, Y.: Hemangioendotelioma of the uterus.
4. DE OLIVERA, J.: Hemangioma capilar del útero. *Surg. Gyn. & Obst.* 92:355, 1951.
5. HIRTS: Tumours no malign of the corpus uteri. *Surgery Clin. Americ. Nov.* 25: 1281, 1954.
6. LEVY; SOLAL; BREST et DUPERRAT: Angioma del útero *Gynecologie et Obstetrique*, 44: 332, 1944-45.
7. LUKIE, D. S.: Two cystic hemangiomas in a myomatous uterus. 68: 1180, 1954.
8. PEDOWITZ, P.; FELMS, L. B.: Vascular tumours of the uterus. I Benign vascular tumours. *Amer. J. Obst. & Gyn.* 69: 1291, 1955.
9. PEDOWITZ, P.; FELMS, L. B.; GRAYZEL, D. M.: Vascular tumours of the uterus. II Malignant vascular tumours. *Amer. J. Obst. & Gyn.*, 69: 1309, 1955.
10. PEDOWITZ, P.; FELMS, L. B.; GRAYZEL, D. M.: Hemangiopericytoma of the uterus. *Amer. J. Obst. & Gynec.*, Vol. LXVII: 549, 1954.
11. RITCHIE, G. M.; GILES, A. M.: Hemangioma of the endometrium. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 62 - 77, 1955.
12. ROY MAC DONALD, C.: A case of haemangioma of the uterus. *The Journal of Obst. and Gyn.*, 57: 425, 1950.
13. SALUN, R.: Diffuse cavernous haemangioma of the uterus. *Journal of Pathology and Bacteriology*, 77: 111, 1959.
14. SUDILOVSKY, O. y SANCHEZ VELASCO, N.: Angiomoma de útero. Presentación de un caso y consideraciones geenrales. *Obst. Gyn. Lat. Amer.*, 20: 530, 1926, Set. - Oct.

* * *