

TUMORES BENIGNOS DE UTERO

Juan Serrepe Ascencio

SUMARIO

Se estudió 200 casos de fibroleiomioma uterino tratados en el Servicio de Ginecología del Hospital Central del Norte del IPSS, entre enero de 1975 a marzo de 1981.

Se comprueba la variabilidad de su comportamiento en cuanto a su tamaño, número, localización anatómica y producción de síntomas. Se considera que la raza no es factor predisponente en nuestro medio. Su presentación más frecuente fue en la segunda mitad de la vida menstrual y su sintomatología fue independiente del tamaño del fibroma, siendo el sangrado vaginal el síntoma predominante. Concurren al diagnóstico y orientación terapéutica, la radiología y el ultrasonido.

El tratamiento es esencialmente quirúrgico y, de acuerdo a la importancia de la función reproductiva de cada paciente, se elegirá una miomectomía o una histerectomía. Las complicaciones post-operatorias son infrecuentes, a predominio de las infecciones. Se encontró degeneración maligna en el 0.5% y asociación con otras neoplasias en el 1%.

INTRODUCCION

El fibroleiomioma es el tumor benigno más frecuente del útero se ha reportado ser mucho mayor en las mujeres de raza negra (8), dato carente de importancia en nuestro medio, ya que el Perú es un país mestizo (13).

Su comportamiento es variable en cuanto a dimensiones, número, localización anatómica dentro del útero, sintomatología presente y variada o ausente. Pero, su estudio en la paciente ginecológica es importante porque sus complicaciones pueden crear situaciones de emergencia (hemorragia aguda, abdomen agudo por necrosis o torsión) o un estado de anemia crónica, o porque puede convertirse en un factor de esterilidad (1). Además, por ser tan común, expone a la paciente con mayor frecuencia al riesgo de la cirugía, ya que es la indicación más frecuente de la histerectomía en nuestro medio (17) y en otras latitudes (8).

El presente trabajo pretende analizar los aspectos generales de la clínica y manejo del fibromioma

uterino en nuestro hospital y comparar los resultados con los reportados por otros autores.

Anhelamos que nuestra casuística, aunque pequeña debido a la juventud de nuestro Servicio, sea un aporte en el afán de entender el mejor comportamiento del fibromioma para su manejo adecuado.

MATERIAL Y METODOS

Se revisó las historias clínicas de todas las pacientes que ingresaron al Servicio de Ginecología de nuestro Hospital con diagnóstico clínico de fibromioma uterino y que fueron tratadas quirúrgicamente entre el 1.º de enero de 1975 y el 31 de marzo de 1981, lo que constituye un período de 6 años 3 meses.

De estas historias se escogió 200, en las cuales el diagnóstico había sido confirmado por estudio anatómo-patológico, constituyendo el material del presente trabajo.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

De los 200 casos estudiados, fueron sintomáticos un 90.5%. Se encontró fibroma único en el 29.5% y múltiple en el 70.5%, habiendo encontrado hasta 33 fibromas en una misma pieza anatómica. Su ubicación más frecuente fue intramural. Hubo 2 casos de fibroma cervical y un intraligamentario.

Tabla 1.- Fibroleiomioma: estudio de 200 casos

	No.	%
SINTOMATICOS	181	90.5
ASINTOMATICOS	19	9.5

Tabla 2.- Número de fibromas en cada caso

	No.	%
UNICO	59	29.5
MULTIPLE	141	70.5

Tabla 3.- Localización anatómica

	No.
INTRAMURAL	120
SUBSEROZO	62
Sésil 55	
Pediculado 7	
SUBMUCOSO	46
Sésil 36	
Pediculado 10	
CERVICAL	2
INTRALIGAMENTARIO	1

Tabla 4.- Distribución por edades

Décadas	No.	%
21-30	25	12.5
31-40	65	32.5
41-50	100	50.0
50 a +	10	5.0

El fibroma de mayor tamaño fue comparable a una gestación de 6 meses y pesó 2,200 gramos.

EDAD

Los miomas se ponen de manifiesto, clínicamente, durante la segunda mitad de la vida menstrual (8). Así nosotros hemos encontrado la mayor frecuencia (82.5%) entre los 31 a 50 años. La paciente de menor edad de nuestra serie tenía 23 años, pero se ha reportado casos raros de aparición muy temprana. Así, Mattingly refiere haber extirpado un gran mioma intramural con degeneración aguda en una muchacha negra de 14 años de edad (8) y Wisot y colaboradores (20) reportaron haber tratado un caso en una niña de 13 años cuyas menstruaciones eran irregulares y profusas, revelando el examen de una masa pelvico-abdominal del tamaño de una gestación de 18 semanas.

SINTOMAS

Hemos encontrado 181 miomas sintomáticos (90.5%). El sangrado vaginal es el síntoma más frecuente, de presentación cíclica, prolongada e intensa, —a veces a intervalos cortos—, representa en nuestra serie el 90% de los casos sintomáticos. El sangrado intermenstrual es raro y no debe ser atribuido sólo a la presencia del tumor leiomiomatoso (1-14); nosotros lo hemos encontrado en 54 casos.

Las características del sangrado dependen más de la localización del tumor que de su tamaño. Así, un pequeño tumor submucoso puede sangrar excesivamente y un mioma grande en otra localización puede no hacerlo. Los leiomiomas intramural, subseroso, intraligamentario, cervical o retroperitoneal, pueden no

estar asociados con sangrado vaginal en todos los casos (14). Cuando lo hacen, el sangrado puede ser debido a disfunción ovárica, en relación a hiperestrogenismo sin oposición por progestagenos. Nosotros hemos encontrado hiperplasia del endometrio en 50% de 84 úteros miomatosos estudiados; en la literatura se refiere series de hasta 36% (1). El sangrado, de esta manera, es anovulatorio y de naturaleza funcional (1).

Tabla 5.- Fibroeiomioma: Síntomas en orden de frecuencia: 181 casos

SINTOMAS	No.	%
SANGRADO VAVINAL	163	90.0
DOLOR PELVICO	71	39.2
AUMENTO DEL VOLUMEN DEL ABDOMEN	16	8.8
SINTOMAS URINARIOS	14	7.7
SUBOCCLUSION INTESTINAL BAJA	2	1.1

Tabla 6.- Estudio del endometrio en 84 casos

ENDOMETRIO	No.	%
HIPERPLASIA	42	50.0
Simple 38		
Adenomatosa 4		
NORMAL	33	39.3
ATROFIA	9	10.7

La repercusión de la hemorragia es variable. Generalmente es de mediana o escasa cuantía, que lleva a un estado de anemia crónica hipocrómica (16), presente en el 20% de nuestros casos.

El dolor pélvico ocupa, en nuestra serie, el siguiente lugar, con un porcentaje bajo (39.2); aunque, por ser demasiado común en la paciente ginecológica, no forma parte del cuadro habitual de los fibromas (16). En realidad, el leiomioma no complicado no produce dolor o sólo una sensación gravativa leve debido a su posición o tamaño; el tumor complicado puede presentar dolor agudo por torción de un fibroma pediculado o por necrosis; también se presenta dolor de la magnitud del trabajo de parto, cuando el útero trata de expeler un fibroma submucoso a través del canal cervical (14). En dos casos de nuestra serie se presentó tumor complicado, que obligó a intervención urgente.

Por ser la leucorrea el síntoma más frecuente en ginecología, de etiología variada, no se ha considerado en la sintomatología del fibroma, aunque algunos la describen con características especiales: abundante, antes de los períodos menstruales, mucosa y filante

(16). Con degeneración de un tumor submucoso, el flujo se hace mucopurulento y, frecuentemente, sanguinolento (14).

Muchas pacientes sólo consultan por notar un agrandamiento abdominal o la presencia de una masa, en ausencia de otros síntomas (12-16). Esta condición la hemos encontrado en un 8.80%. Aunque los síntomas urinarios han sido descritos como muy frecuentes (16), nosotros sólo lo hemos encontrado en un 7.70%. Han sido descritos tanto en los pequeños como en los grandes fibromas y pueden ser debidos a una compresión vesical o a una irritación del trigono (16). Cuando se hallan enclavados en la pelvis, pueden provocar retención de orina debido al bloqueo de la uretra (12). Nosotros lo hemos encontrado en un solo caso. Los efectos de la presión sobre el recto han sido reportados como menos evidentes (12) representan el 1.10% de nuestra serie.

Tabla 7.- Fibroleiomioma: 200 casos
Examen abdominal

PALPABLE	No.	%
Sí	52	26
No	148	74

HALLAZGOS DEL EXAMEN

Se tuvo el diagnóstico presuntivo de fibromioma al examen abdominal en 260% de casos, lo que indicaría que es mediante el examen bimanual que se capta el mayor número de fibromas. Generalmente, se le encuentra como una tumoración de consistencia dura, de contornos nodulares e irregular, localizada centralmente, emergiendo de la pelvis (14). En la literatura sobre tumores pélvicos se encuentran las palabras: grande, muy grande, gigante, etc. (3).

Nosotros comparamos el tumor con el tamaño del útero gestante. La sintomatología es independiente de las dimensiones del tumor. En nuestra serie, la mayoría fueron tumores medianamente crecidos (540%), entre 2 y 3 meses.

Tabla 8.- Fibroleiomioma 200 casos.
Examen ginecológico

	No.	%
FIBROMA ABORTADO	3	1.5
FIBROMA PALPABLE		
1 mes	45	22.5
2 meses	78	39.0
3 meses	30	15.0
+ de 3 meses	24	12.0
Masa indiferenciada	20	10.0

Muchas veces, es difícil diferenciar con claridad un tumor fibroso (100% de nuestros casos), encontrándose una masa pélvica indiferenciada (14). Recurrimos al examen bajo anestesia y a ayudas diagnósticas radiológicas: radiografía de abdomen simple que muestra imagen de calcificación cuando existe esta degeneración; o imágenes de mayor densidad en el recinto pélvico. La urografía excretoria indica a veces la influencia del tumor con respecto a los uréteres, o nos da sorpresas como en el caso que la tumoración correspondió a un riñón pélvico. La neumopelviografía nos dibuja el contorno uterino y sus relaciones con los anexos; la histerosalpigrografía nos orienta hacia la ubicación del tumor y sus repercusiones en la cavidad endometrial.

Aunque hoy día la ultrasonografía es un método de elección en todos los problemas ginecológicos (10), este procedimiento es particularmente útil en diferenciar entre tumores quísticos y sólidos (19).

TRATAMIENTO

Es esencialmente quirúrgico y, según el caso, se practicará la miomectomía o la histerectomía.

Tabla 9.- Tratamiento Quirúrgico

Tipo	No.	%
HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL	167	83.5
MIOMECTOMIA	33	16.5
Única 14		
Múltiple 19		

La miomectomía se practica cuando la paciente es joven y es necesario conservar su capacidad reproductiva; o como complemento del tratamiento de esterilidad cuando los demás factores de la misma han sido debidamente investigados (5). No se descarta el riesgo de recurrencia de los miomas sintomáticos y la eventual necesidad de posterior histerectomía. Esta probabilidad debe ser francamente discutida con la paciente (2) quien, además, debe estar avisada que el hallazgo de neoplasia pélvica o patológica tubaria coexistentes pueden contraindicar la miomectomía, o que miomas extensos pueden hacer este procedimiento técnicamente imposible (4). En nuestra serie, la miomectomía se practicó en el 16.50%.

Cuando la paciente ha completado su familia o está en la 4ta. ó 5ta. década de la vida, el procedimiento lógico es la histerectomía (8), lo que representó en nuestra serie el 83.50% de casos.

Tabla 10.- Conservación de ovarios al tiempo de la histerectomía. 167 casos

	No.	o/o
NO CONSERVADO	35	21.0
CONSERVADO		
Izquierdo	13	7.7
Derecho	30	18.0
AMBOS	89	53.3

En el 21% de histerectomías practicadas se procedió a la castración de la paciente. La remoción o conservación de los ovarios no está aún bien dilucidada; existen teorías de que su ablación aumenta el riesgo de coronariopatía y osteoporosis. Por otra parte, se sabe que la neoplasia ovárica es la más silenciosa de las neoplasias pélvicas (15). La tendencia actual es que se extirpen ambos ovarios en las pacientes por encima de 40 años de edad que sean sometidas a laparotomía pélvica por lesiones benignas, como una medida profiláctica del cáncer de ovario (9-18).

Se ha puntualizado que cuando se practicó ooforectomía unilateral, el predominio a la remoción izquierda fue estadísticamente significativa. El significado clínico de esta preferencia, observada también en nuestros casos es oscura (15).

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

La infección del manguito vaginal es la complicación más frecuente en nuestra serie, ya que representa el 7% de las histerectomías. La infección de herida operatoria representa el 6.5% de nuestros 200 casos; en la mayoría no se identificó el germen, siendo el tratamiento ciego de acuerdo a la respuesta clínica, lo cual no es recomendable (6).

Tabla 11.- Complicaciones post-operatorias

Infección de manguito vaginal	12 casos
Infección de herida operatoria	13 casos
Infección urinaria	12 casos
Hemorragia vaginal	2 casos
Flebitis	1 caso

La infección urinaria representa un 6% de nuestra serie, cuyos factores etiológicos probables son traumatismo de vejiga y uretra o contaminación con la sonda vesical (7).

Hemos tenido 2 casos de hemorragia vaginal a partir de los ángulos vaginales, que obligó a la sutura bajo anestesia. Además, hubo un caso de flebitis en una paciente varicosa, que es una condición predisponente para esta patología (16).

MALIGNIZACION Y ASOCIACION A NEOPLASIA MALIGNA

La frecuencia del cambio sarcomatoso del mioma ha sido reportado en el 0.5% (1), sospechándose clí-

nicamente por el crecimiento rápido evidenciado por extensión local o metástasis (11). Nosotros la hemos encontrado en una paciente de 36 años de edad que consultó por dolor pélvico y tumoración de crecimiento rápido.

Se ha señalado la asociación del fibroma a neoplasia uterina (16). Hemos encontrado en nuestra serie un caso coincidente con carcinoma in situ y otro en sarcoma estromal del endometrio en una paciente perimenopausica que consultó por menorragia, constatándose al examen un útero crecido y nodular.

CONCLUSIONES

1. Es imposible determinar con exactitud la verdadera frecuencia del fibroleiomioma uterino, aunque su expresión clínica más frecuente es en la segunda mitad de la vida menstrual. El factor raza no es considerado predisponente en nuestro medio debido al amplio mestizaje existente.
2. El síntoma más frecuente es el sangrado vaginal, en cuyo mecanismo de producción debe influir también un factor hormonal, ya que en las series revisadas y en la nuestra hay una incidencia elevada de hiperplasia del endometrio concomitante.
3. El dolor y la leucorrea, por ser síntomas muy frecuentes en ginecología, su valor como expresión de fibroma es relativa, aunque en algunas circunstancias tienen características especiales que orientan hacia el diagnóstico.
4. El tamaño de la tumoración no está en relación con su sintomatología y, algunas veces, la paciente sólo consulta por haber notado un crecimiento abdominal sin otros síntomas.
5. Los síntomas urinarios y digestivos bajos son infrecuentes.
6. Las ayudas diagnósticas más usadas son el examen, la urografía excretoria, la neumopelvigrafía y la histerosalpingografía pero actualmente el método de elección es el ultrasonido.
7. El tratamiento es esencialmente quirúrgico, se emplea la miomectomía cuando es necesario preservar la capacidad reproductiva y la histerectomía cuando ya no lo es.
8. La tendencia actual es extirpar ambos ovarios cuando se practique la histerectomía en una paciente por encima de los 40 años de edad, como medida profiláctica para el cáncer de ovario.
9. Las complicaciones del tratamiento quirúrgico son infrecuentes a predominio de las infecciones.
10. La degeneración maligna del fibroma es infrecuente (0.5%) y su asociación a otras neoplasias malignas uterinas es posible.

BIBLIOGRAFIA

- BAGGISH M., Tumores mesenquimatosos del útero. *Clin. Obstet. Gin.* 17:49, 1974.
- BAINES, R.E.M., Problems associated with myomectomy in Cape Town. *S. Afr. Med. J.*, 45:668, 1971
- BECHAM, W.D.; WEBSTER, H.D.; LAWSON, E.H.; AND ROTH, L.M., Uterine and/or ovarian tumors weighing 25 pounds or more, *Am.J.Obstet.Gynecol.*, 109:1153, 1971
- BROWN, J.M.; MALKASIAN, G.D. (h) Y SYMMONDS, R.E., Abdominal myomectomy, *Amer.J. Obstet.Gynec.* 99:126, 1964 (1967)
- INGERSOLL, F.M., AND MALONE, L.J., Myomectomy: an alternative to hysterectomy. *Arch.Surg.*, 100:557, 1970.
- LEDGER, W.J., Bacteriologic and clinical classification of anaerobic soft tissue infections in obstetrics and gynecology. *Am.J.Obstet.Gynecol.*, 123:111, 1975.
- LEVINSON C., Complicaciones de la histerectomía. *Clin.Obstet.Gynecol.*, 15:802, 1972.
- MATTINGLY R.F., Ginecología operatoria: 5ta. Ed. "El Ateneo" S.A. Barcelona, 1977.
- MATTINGLY, R.F., and HUANG, H.Y., Steroidogenesis in the menopausal and postmenopausal ovary. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 103:679, 1969.
- MEJIA, A.; OTERO, D.; RUIZ, M., La imagenología en el estudio abdominal. *Tribuna Médica*; 582:88, 1980.
- MONTAGNE, A.; SWARTZ, D.P.; AND WOODRUFF, J.D., Sarcoma arising in leiomyoma of uterus: factors influencing prognosis. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 92:421, 1965.
- NOVAK, E.; JONES, G.; JONES, H., *Tratado de Ginecología* 8a. Ed., 1970.
- PAREJA PAZ SOLDAN J., Geografía del Perú, Librería Internacional del Perú S.A., 1:113, 1950.
- PARSON, L., M.D.; Sommers, S.M.D., 1978 Pag. 1045-1056.
- RANDALL, C.L.; HALL, D.W.; AND ARMENIA, C.S., Pathology in the preserved ovary after unilateral oophorectomy. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 84:1233, 1962.
- ROBERT H.G., PALMER R., *Tratado de Ginecología*, Págs. 661.
- SERREPE, J. Histerectomía abdominal, Indlicaciones y su confirmación anatómo-patológica. *Rev.C. Med.Hosp.Cent.SSP Chiclayo - Perú*
- TERZ, J.J.; BERBER, H.R. AND BURSCHWIG, S., Incidence of carcinoma in the retained ovary. *Am.J.Surg.* 113:511, 1967
- THOMPSON, H.E. et al, Ultrasound as a diagnostic aid in diseases of the pelvis. *Am.J.Obstet.Gynecol.*, 98:472, 1967
- WISOT, A.L.; HEIMAND, J.M.; AND ROSENAL, A.H., Symptomatic myoma in a 13 year old girl. *Am.J.Obstet.Gynecol.*, 105:639, 1969.