

Leiomioma Uterino

REPORTE DE 8 CASOS Y REVISION DEL TEMA

Dr. J.Fco. Cascante Estrada*
Dr. Luis A. Escalante Cabezas*

RESUMEN

Se presentan 8 casos de leiomioma uterino, diagnosticados y tratados en nuestro Hospital. Se establecieron parámetros en la revisión histológica y de los expedientes clínicos, que permitieran comparar los datos con series de otros autores. Dicha correlación corrobora los criterios diagnósticos basados en una constelación de hallazgos clínicos e histopatológicos; y en los factores pronósticos de importancia el estadio clínico, el estado postmenopáusico y el conteo de mitosis.

INTRODUCCION

En la patología neoplásica del útero, el sarcoma es menos frecuente que el carcinoma. Sin embargo, resulta difícil reunir estadísticas por la gran diferencia de criterios diagnósticos entre los diversos autores. Algunos de ellos (4,8,9,13), denominan sarcoma de bajo grado, lo que otros (5,10,16), consideran leiomiomas celulares. Entre estos últimos los hay que sólo aceptan el diagnóstico de leiomioma si presentan más de 10 mitosis por campo de alto poder.

Esta discrepancia de criterios diagnósticos influye en forma directa en la sobrevida reportada por diversos autores en sus series.

En consecuencia, Gilberth (6) establece un criterio de sobrevida en base al estadio clínico, lo cual permite una mejor correlación entre el diagnóstico inicial y la evolución posterior.

*Residentes Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

MATERIAL Y METODOS

Se presentan 8 casos de leiomioma de útero documentados histológicamente y tratados en nuestro Hospital, de setiembre 1969 a setiembre 1977. En los 8 casos se revisaron las láminas histológicas y los expedientes clínicos. Se establecieron parámetros que permitan la comparación de los resultados con revisiones de diversos autores. Se estableció el diagnóstico en base a una combinación de los siguientes hallazgos histológicos:

1. Número de mitosis por campo de alto poder contadas en 10 campos.
2. Pleomorfismo celular.
3. Atipias nucleares.
4. Células multinucleadas.
5. Hiper celularidad.
6. Mitosis atípicas.

RESULTADOS

Datos Clínicos.

Edad. La paciente más joven tenía 36 años y la mayor 69 años, con un promedio de 46 años de edad. (Cuadro No.1). El 75% de las pacientes se encontraban en la etapa premenopáusica y el resto eran postmenopáusicas (Cuadro No.2). Estos datos concuerdan con los de otros autores. (4,6,8,12,13,14,15).

Paridad. En concordancia con las series de otros autores (4,13,14), este tipo de tumor se encontró predominantemente en pacientes múltiparas (87.5%) con respecto a las nulíparas (12.5%). (Cuadro No.3).

Antecedentes de irradiación pélvica. Ninguna de nuestras pacientes tenía antecedentes de irradiación pélvica. En otras series se reportan antecedentes de irradiación pélvica en un total de 17 casos de 413 leiomiomas (incluidos los nuestros), con un porcentaje de 4.35%. (1,4,5,6,7,11,13,14,15).

Síntomas. El síntoma principal en nuestros casos fue el sangrado genital anormal, que se presentó en 5 de las 8 pacientes. La duración promedio de los síntomas fue 10 meses. Otro síntoma menos frecuente fue el dolor pélvico. Solamente una paciente de nuestros casos estaba asintomática. (Cuadro No.4); datos comparables con los de otros autores. (4,12,13).

Estadío clínico. En el momento del diagnóstico se encontraron 6 casos en estadio I, un caso en estadio III y un caso en estadio IV. Predominancia de estadio I, comparable a lo reportado por Gilberth (6). (Cuadro No.5).

Hallazgos Patológicos.

Macroscópicos. El tamaño del útero fue medido en 6 de los 8 casos, en un caso no se efectuó laparotomía. En 3 de los casos el tamaño fue menor de 10 cms. y en los otros 3 fue mayor de 10 cms., pero menor de 15 cms., como lo reportado por Silverberg (13). Cuadro No.6).

El tamaño del tumor fue medido en 6 casos, el menor midió 0.8 cms. y el mayor 14 cms., no fue consignado el tamaño en 2 casos. Cuatro de ellos midieron menos de 5 cms. y los otros 2 más de 5 cms., con un promedio de 6 cms., comparable a lo reportado en otras series (4,5,13). (Cuadro No. 7).

Microscópicos. Histológicamente se encontraron 3 casos con menos de 4 mitosis por campo de alto poder, 3 de 5 a 9 mitosis y 2 con más de 10 mitosis, datos que varían según sea el autor revisado (5,8,13). (Cuadro No.8). Otros hallazgos histológicos fueron: pelomorfismo en 6 casos; atipias nucleares en 3, células gigantes en 3, hiperplasia en 4 y mitosis atípicas en 5.

TRATAMIENTO

Seis de nuestras pacientes fueron tratadas con histerectomía total más salpingo-ooforectomía bilateral; una con cirugía más cobalto-terapia. La predominancia del tratamiento quirúrgico en esta patología, está de acuerdo

con lo reportado por otros autores. (4,5,6,12, 13,14). (Cuadro No.9).

SOBREVIDA

La sobrevida global tomada a los 2 años, en nuestros casos es de 37.5%, comparable al promedio de las series de otros autores revisados (4,8,13,14,16). (Cuadro No.10).

Al analizar la sobrevida según el estado menstrual, de las 2 postmenopáusicas, una falleció y la otra está viva; de las 6 premenopáusicas, 2 fallecieron y 4 están aún vivas; resultados que se correlacionan con los de otros autores (13,14). (Cuadro No. 11).

Según el estadio clínico en el momento del diagnóstico, de 6 pacientes en estadio I, una falleció y 5 están aún vivas; y las restantes 2 en estadios III y IV, ambas fallecieron, datos comparables a los de Gilberth (6). (Cuadro No. 12).

La sobrevida en base al número de mitosis, muestra que las 2 pacientes con más de 10 mitosis, fallecieron; de los 3 casos con 5 a 9 mitosis, una falleció y 2 viven y las 3 pacientes con menos de 4 mitosis están vivas, correlación aceptable con otros autores. (5,8,13). (Cuadro No.13).

COMENTARIO

Desde que Mayer, en 1895, reportó por primera vez el sarcoma uterino, su diagnóstico sigue siendo controversial. De la revisión de nuestros casos y la literatura al respecto, se puede inferir que dicho diagnóstico no se puede limitar a un sólo dato, por ejemplo, número de mitosis por campo de alto poder, sino que éste debe depender de una constelación de hallazgos tanto clínicos como histopatológicos.

De los datos clínicos se concluye que es innegable el concepto de Gilberth (6), basado en el estadio clínico del tumor (o apariencia macroscópica referida por otros autores), porque al igual que en nuestros casos y en las series revisadas, la presencia de metástasis (estadio IV) o invasión de órganos pélvicos más allá de los genitales (estadio III), establece con seguridad el diagnóstico de malignidad, tal y como se observó en dos de nuestros casos.

Los criterios diagnósticos se tornan discutibles cuando el estadio es I (limitado al cuerpo uterino), en que la apariencia macroscópica por lo común, no difiere de la de un útero portador de leiomiomas. En estos casos asumen importancia los criterios histopatológicos, criterios en los que precisamente

existe la gran diversidad de opiniones. Sin embargo, estamos totalmente de acuerdo con Silverberg (13) de que en este caso *"el diagnóstico de leiomioma debe ser basado en una constelación de criterios histológicos, más que en un sólo parámetro tal como el número de mitosis"*. No es una sorpresa en la revisión de diversos autores, que un diagnóstico de benignidad basado en un sólo dato histológico, siga una evolución fatal. Por lo tanto, creemos que el diagnóstico debe basarse en diversas combinaciones de pleomorfismo celular, células gigantes, mitosis atípicas, atipias nucleares, hiperplasia y sin faltar, obviamente, el conteo de mitosis y que es muy conveniente tal como lo establecen Silverberg (13) y Spiro (14) un concepto de grados histológicos.

A diferencia del carcinoma de útero, sigue en vigencia en la época actual, la discusión sobre los factores pronósticos con relación al leiomioma. Creemos que entre los datos clínicos, el estado postmenopáusico sigue siendo un factor que empeora el pronóstico. El estado de alerta, al igual que para el adenocarcinoma de endometrio, lo representa el sangrado postmenopáusico, dato clínico constante en las diferentes series revisadas (4,12,13). Por otro lado, el diagnóstico clínico de leiomiomatosis uterina siempre debe orientar hacia la posibilidad de malignidad, si ésta se asocia a sangrado uterino anormal.

De nuestros 8 casos, solamente en uno de ellos podemos afirmar categóricamente que tuvo su origen en un leiomioma, mientras que Silverberg cita 11 casos entre 34 (13) y Spiro 14 entre 62 leiomiomas (14). Por otro lado, 8 casos de leiomiomas en relación a 1273 leiomiomas, revisados por uno de los autores en nuestro Servicio en igual

período de tiempo, representa una frecuencia de un leiomioma por cada 160 leiomiomas.

La apariencia macroscópica y/o el estadio clínico en el momento del diagnóstico, tienen una clara correlación con la evolución, como lo demuestra el hecho de que 2 de nuestros casos en estadios III y IV, fallecieron en menos de 2 años. Al igual que para el diagnóstico, es en el estadio I en donde se tornan controversiales los factores pronósticos y entre éstos asume gran importancia el conteo de mitosis, como lo demuestra el hecho de que de nuestros 6 casos en estadio I, el único fallecido presentó el mayor número de mitosis de toda la serie. Como factores pronósticos, los otros datos histopatológicos relacionados con el diagnóstico, asumen menos importancia.

No se estudió en nuestros casos la invasión de vasos sanguíneos, dato que para otros autores (2), empeora el pronóstico.

En cuanto al tratamiento, el de elección es sin duda el quirúrgico por histerectomía abdominal total con salpingo-ooforectomía bilateral; la histerectomía de Wertheim no se emplea en el tratamiento de esta enfermedad. Con respecto a la radioterapia, si bien algunos autores citan una mejoría en la supervivencia al combinarla a la cirugía (3,16), es consenso general que no mejora el pronóstico (13). De nuestra serie, sólo una recibió cobaltoterapia como único tratamiento y falleció, si bien es de anotar que ésta se puede considerar paliativa, ya que se trató del caso en estadio IV; los otros 2 casos fallecidos sólo recibieron cirugía y de las 5 vivas sólo una ha recibido cirugía más cobaltoterapia; sin embargo, creemos que esta última no debe haber influido en la supervivencia.

Cuadro No. 1

EDAD

Autor	# Casos	Edad Mínima	Edad Máxima	Edad Promedio
CASCANTE Y ESCALANTE	8	36	69	46
BARTSICH Y COLS.	42	26	78	—
GILBERTH Y COLS.	58	20	70	45
KEMPSON Y BAVI	19	32	72	—
SAKSELA Y COLS.	28	42	73	56
SILVERBERG S.G.	34	27	72	—
SPIRO Y KOSS	62	28	82	47
TAYLOR Y MORRIS	39	—	—	51

Cuadro No. 2

ESTADO MENSTRUAL

Autor	No. de casos	Pre menopáusicas		Post menopáusicas	
		No.	%	No.	%
CASCANTE Y ESCALANTE	8	4	75	2	25
BARTSICH Y COLS	42	18	42	24	58
SILVERBERG S.G.	34	21	61	13	39
SPIRO Y KOSS	62	24	38	38	62
Total de Casos:	146	69	47	77	53

Cuadro No. 3

PARIDAD

Autor	No. casos	Nulíparas		Multíparas	
		No.	%	No.	%
CASCANTE Y ESCALANTE	8	1	12.5	7	87.5
BARTSICH Y COLS.	42	12	28.5	30	71.5
SILVERBERG S.G.	28	6	21.5	22	78.5
SPIRO Y KOSS	58	22	38.0	36	62
Total de Casos:	136	41	30.0	95	70.0

Cuadro No. 4

SINTOMAS

Autor	Duración Promedio	Asintomática	Sangrado anormal	Dolor	Masa Pélvica
CASCANTE Y ESCALANTE	10 meses	1	5	2	0
BARTSICH Y COLS.	7 meses	—	27	22	7
SAKSELA Y COLS.	—	—	19	5	—
SILVERBERG S.G.	—	4	25	6	6
TOTAL	—	5	76	35	13

Cuadro No. 5

ESTADIO CLINICO

Autor	I	II	III	IV
CASCANTE Y ESCALANTE	6	0	1	1
GILBERTH Y COLS.	40	2	12	4
TOTAL DE CASOS:	46	2	13	5

Cuadro No. 6

DIAMETRO MAYOR DEL UTERO

Autor	Número de casos	Menor de 10 cms.	De 10 a 15 cms.	Mayor de 15 cms.
CASCANTE Y ESCALANTE	6	3	3	0
SILVERBERG S.G.	34	6	20	8

Cuadro No. 7

TAMAÑO DEL TUMOR

Autor	Menor de 5 cms.	Mayor de 5 cms.	Promedio en cms.
CASCANTE Y ESCALANTE	4	2	6
CHRISTOPHERSON Y COLS.	—	—	9
BARTSICH Y COLS.	—	—	9.6
SILVERBERG S.G.	14	13	—

Cuadro No. 8

MITOSIS POR CAMPO ALTO PODER

Autor	# Casos	De 0-4	De 5-9	Mayor 10
CASCANTE Y ESCALANTE	8	3	3	2
CHRISTOPHERSON Y COLS.	27	—	2	25
KEMPSON Y BARI	29	10	7	12
SILVERBERG S.G.	30	10	8	12
Total de Casos:	94	23	20	51

Cuadro No. 9

TRATAMIENTO (**)

Autor	No. de Casos	Cirugía	Cirugía + Radio- terapia o cobal- totterapia.	Cirugía. Quimio- terapia. Radio- terapia o cobal- totterapia.	Sólo radioterapia o cobaltoterapia
CASCANTE Y ESCALANTE	8	6	1	-	1
CHRISTOPHERSON Y COLS.	32	24	3	-	1
BARTSICH Y COLS.	42	21	17	-	4
GILBERTH Y COLS.	56	49	7	-	-
SAKSELA Y COLS.	28	5	20	-	3
SILVERBERG S.G.	34	24	8	1	-
SPIRO Y KOSS	24	8	8	5	2
Total de Casos:	224	137	64	6	11

(*) No recibieron tratamiento 4 casos;
3 en la serie de Christopherson y 1 en la serie de Spiro y Koss.
Recibió sólo quimioterapia un caso en la serie de Christopherson
y cirugía más quimioterapia 1 caso en la serie de Silverberg.

Cuadro No. 10

SOBREVIDA GLOBAL

Autor	Número de casos	Vivas menos 2 años	Vivas más 2 años	Muertas menos 2 años	Muertas más 2 años
CASCANTE Y ESCALANTE	8	2	3(37.5%)	3	0
BARTSICH Y COLS.	41	1	15(35.7%)	16	10
KEMPSON Y BARI	19	3	3(15.7%)	8	5
SILVERBERG S.G.	34	4	18(52.5%)	10	2
SPIRO Y KOSS	24	0	11(45.9%)	10	3
VONGTAMA Y COLS.	22	0	0(40.9%)	10	3
Total de Casos:	149	10	59(39.5%)	57	23

Cuadro No. 11

SOBREVIDA EN RELACION AL ESTADO MENSTRUAL

Autor	# Casos	Premenopáusicas		Postmenopáusicas	
		Vivas	Muertas	Vivas	Muertas
CASCANTE Y ESCALANTE	8	4	2	1	1
SILVERBERG S.G.	30	16	2	2	10
SPIRO Y KOSS	24	8	6	3	7
TOTAL DE CASOS	62	28	10	6	18

Cuadro No. 12

SOBREVIDA SEGUN ESTADIO CLINICO

Autor	# Casos	I		II		III		IV	
		V	M	V	M	V	M	V	M
CASCANTE Y ESCALANTE	8	5	1	0	0	0	1	0	1
GILBERTH Y COLS.	58	23	17	0	2	2	10	0	4
TOTAL DE CASOS	66	28	18	0	2	2	11	0	5

Cuadro No. 13

SOBREVIDA EN BASE A NUMERO DE MITOSIS POR HPF

Autor	# Casos	0 - 4		5 - 9		10 o más	
		V	M	V	M	V	M
CASCANTE Y ESCALANTE	8	3	0	2	1	0	2
CHRISTOPHERSON	27	-	-	1	1	2	23
KEMPSON Y BARI	29	10	0	1	6	5	7
SILVERBERG S.G.	30	9	1	5	3	4	8
TOTAL DE CASOS:	94	22	1	9	11	11	40

Cuadro No. 14

NUESTROS CASOS FALLECIDOS

<u>Estado Menstrual</u>	<u>Estadio</u>	<u>Tamaño</u>	<u>Mitosis</u>	<u>Tratamiento</u>
Premenopáusica	I	7 cms.	11	Cirugía
Premenopáusica	III	4.4 cms.	6	Cirugía
Postmenopáusica	IV	No medido	10	Cobaltoter.

Cuadro No. 15

NUESTRAS PACIENTES VIVAS

<u>Estado Menstrual</u>	<u>Estadio</u>	<u>Tamaño</u>	<u>Mitosis</u>	<u>Tratamiento</u>
Premenopáusicas (3 casos)	I (3 casos)	De 0.8, 3 y 5 cms.	0, 1, y 7	Cirugía
Premenopáusica (1 caso)	I	6.5 cms.	1	Cirugía y cobalter.
Postmenopáusica (1 caso)	I	14 cms.	7	Cirugía

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AARO, L.A.; SYMMONDS, R.C.; DOCKER-TY, M.B.: Sarcoma of the uterus.: A clinical and pathologic study of 177 cases. Amer.J. Obstet.Gynec.94:101;1976.
- 2.- BAGGISH, M.S.: Tumores mesequimatosos del útero. Cl.Obst. y Gynecol. de N.A. 17 49. 1974.
- 3.- BABID, A.O.; VONGTAMA, V.; KUROHARA, S.S.; WEBSTER, J.H.: Radiotherapy in the treatment of sarcomas of the corpus uteri. Obstet. Gynecol. Surv. 25: 262; 1970.
- 4.- BARTSICH, E.G.; BOWE, E.T.; MOORE, J.G.: Leiomyosarcoma of the uterus: a 50 years review of 42 cases. Obstet. and Gynecol. 32:101. Julv. 1968.
- 5.- CHRISTOPHERSON, W.M. et al.: Leiomyosarcoma of the uterus. Cancer 29:1512; 1972.
- 6.- GILBERTH, H.A. et al.: The value o radiation therapy in uterine sarcoma. Obstet Gynecol. 45:84, 1975.
- 7.- GUDGEON, D.H.: Leiomyosarcoma of the uterus. Obstet. Gynecol. 32:96;1968.
- 8.- KEMPSON, R.L.; BARI, W.: Uterine sarcomas: classification, diagnosis and prognosis. Human Pathology 1:331-349. September, 1970.
- 9.- KISTNER,: Tratado de Ginecología; 1era. Ed. Editorial Toray, S.A. Barcelona 1973, pp.291.: Sarcoma.
- 10.- NOVAK y JONES: Tratado de Ginecología 8a. Ed. Editorial Interamericana. México. 1970, pp.390.: Leiomiosarcoma.
- 11.- MONTANGUE, A.C.W.; SWARTZ, D.P.; WOODRUFF, J.D.: Sarcoma arising in a leiomyoma of the uterus. Amer.J. Obstet. Gynecol. 92:421;1965.
- 12.- SAKSELA, E.; LAMPINEN, V.; PROCOPE, B.J.: Malignant mesenchymal tumors of the uterine corpus. Amer.J. Obstet. Gynecol. 120:452.1974.
- 13.- SILVERBERG, S.G.: Leiomyosarcoma of the uterus: a clinico-pathologic study. Obstet. and Gynecol. 38:613. 1971.
- 14.- SPIRO, R.H.; KOSS, L.G.: Myosarcoma of the uterus: A clinico-pathological study. Cancer 18:571,1965.
- 15.- TAYLOR H.B.; NORRIS, H.J.: Mesenchymal tumors of the uterus: IV. Diagnosis and prognosis of leiomyosarcoma. Arch.Path. 82:40.1966.
- 16.- VONGTAMA, V. et al: Tratamiento, resultados y pronóstico en estadio I y II de sarcoma de cuerpo uterino. Amer. J. Roent. 126:939.1976.