UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"LEIOMIOMAS UTERINOS SUBMUCOSOS"

Revisión de 1264 Histerectomías realizadas en la Sección de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios". (de julio de 1967 a junio de 1972).

T E S I S

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

POR

VICTOR HUGO GONZALEZ AZMITIA

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1973

PLAN DE TESIS

I. *INTRODUCCION*

II. *GENERALIDADES*
- a. *Definición*
- b. *Frecuencia*
- c. *Etiología y Patogenia*
- d. *Características histológicas*
- e. *Tipo*
  - 1-) *Intersticiales o Intramurales*
  - 2-) *Subserosos*
  - 3-) *Submuocosos*
- f. *Cambios Secundarios*
- g. *Síntomas y Signos*
- h. *Relaciones con otros*
- i. *Tratamiento*

III. *MATERIAL Y METODOS*

IV. *RESULTADOS Y DISCUSION*

V. *CONCLUSIONES*

VI. *RECOMENDACIONES*

VII. *BIBLIOGRAFIA*

I.– INTRODUCCION

Uno de los tumores benignos de la mujer, constituyen los Leiomiomas, presentando sintomatología diversa, de acuerdo a su localización, extensión, degeneración, asociación a otra enfermedad uterina; aunque la mayoría de las veces, la ausencia de los síntomas es su característica principal. Considerándose necesario, juicio y experiencia para efectuar un diagnóstico acertado. Son los Leiomiomas Submucosos, principalmente los de dimensiones reducidas, los que constituyen mayor dificultad.

El objeto de éste trabajo es señalar la incidencia de estos tumores en las mujeres de nuestro país, las complicaciones mas frecuentes, asociación con tumores del mismo u otro tipo, relación con la edad, paridad y revisión de conducta seguida en los mismos según el criterio diagnóstico previo.

Recurro para ésta revisión a los libros de control de pacientes conducidos en los servicios de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios". Revisando Histerectomías efectuadas por vía abdominal o vaginal, durante el período comprendido del 1o. de julio de 1967 al 30 de junio de 1972.

II.– GENERALIDADES

1a. *Definición*

Tumores benignos de aspecto blanquecino pseudoencapsulados que pueden alcanzar dimensiones, desde microscópicas, hasta tamaños descomunales, con localización en cualquier porción anatómica del útero, imagen histológica consistente en trabéculas de células musculares lisas, fusiformes, desplazadas en forma de espiras (7).

II-b Frecuencia

La incidencia es mayor en mujeres de raza negra (3-6), mayor en pacientes entre tercera y cuarta decada de la vida (3-7-10), aunque pueden ser descubiertos en edad avanzada. En la población general están presentes en una de cada cuatro pacientes en fase sexual activa. Aproximadamente en el veinte por ciento (7).

II-c Etiología y Patogenia

Se han presentado hipótesis diversas relacionadas con la actividad estrogénica, debido a la involución de estos con la menopausia, tornándose hasta la fibrosis; hipótesis reforzada porque durante la gestación aumentan de volumen y presentan proliferación celular notable.

Lipschütz, con estrógenos pudo producir tumores fibromatosos en Conejillos de Indias, pero con localización extragenital (7).

El criterio de Mayer consiste en que son originados por células inmaduras y no de elementos musculares maduros. Al factor hereditario no se ha dado ninguna importancia; de hecho estos tumores ocurren durante la época reproductiva y disminuyen después de la menopausia, o después de castración por radiación, posiblemente debido a la disminución de la irrigación que acompaña a la cesación de la actividad estrogénica.

Esta hipótesis duró durante mucho tiempo pero aun no tiene suficiente estudio para que se justifique su aceptación.

II-d Características Histológicas

Presentan en la superficie de corte, color blanquecino recubiertos por cápsula no definida, separados usualmente de el músculo uterino por una delgada capa de tejido areolar escaso, a tal extremo que pueden ser separados íntegros (8).

El elemento característico que forma este tumor es la célula muscular lisa, de tamaño uniforme, fusiforme, entrelazadas o

dispersas en forma de espiras; éstas células tienen núcleo ovalado y prolongaciones citoplásmicas bipolares largas y delgadas, se observan imágenes mitóticas ocasionales y ausencia de células gigantes y anaplasia.

II-e Tipos

1-) Intersticiales o Intramurales

Localizados en la pared muscular, cuando son pequeños pueden no provocar cambios en el contorno del útero, y cuando son grandes, producen aumento del tamaño del órgano hasta alcanzar dimensiones descomunales, produciendo un contorno de consistencia nodular; pueden ser únicos o múltiples, y encontrarse asociados a subserosos y/ó submucosos.

2-) Subserosos o Subperitonales

Se presentan debajo del peritoneo que recubre al útero. Pueden aparecer como excreciones nodulares o como masas pediculadas, llamadas "Miomas pediculados". No es raro encontrar desarrollos laterales que se extienden entre los repliegues del ligamento ancho, son los llamados "Intraligamentarios", que cuando son muy grandes se presentan como masas retroperitoneales.

En presencia de enfermedades inflamatorias pélvicas que puede haber adherencias del epiplón, adquieren un suplemento sanguíneo, llegando así gradualmente mas nutrición por ésta vía hasta dejarlo después completamente independiente del útero, dando un tumor sólido flotante. Este mioma parásito es muy raro y provoca serios problemas clínicos para su diagnóstico.

3-) Submucosos

Constituyen estos un grupo pequeño, alrededor de un 5 o/o (3), clínicamente son los más importantes, y pueden considerarse como un grupo específico raro. Frecuentemente producen

síntomas aunque su tamaño sea muy pequeño, producen lesión en los vasos del endometrio y provocan hemorragias profusas.

Cuando crecen suelen hacer protrusión o través del cuello provocando así distención del mismo, deformidad y aumento de tamaño del útero. Eventualmente Leiomiomas Submuocosos pequeños necesitan histerectomía por hemorragia profusa. En contraposición subserosos e intersticiales de gran tamaño pueden no requerir cirugía.

Estos tumores que protruyen por el cervix, vagina o mas lejos del introito vaginal son los llamados Miomas Submucosos Pedunculados.

La ulceración e infección son las complicaciones más frecuentes, le siguen los problemas provocados por déficit circulatorio secundario a constricción o torsión del pedículo provocando isquemia y necrosis. El peligro de degeneración sarcomatosa es mayor en éste grupo.

II-f Cambios Secundarios

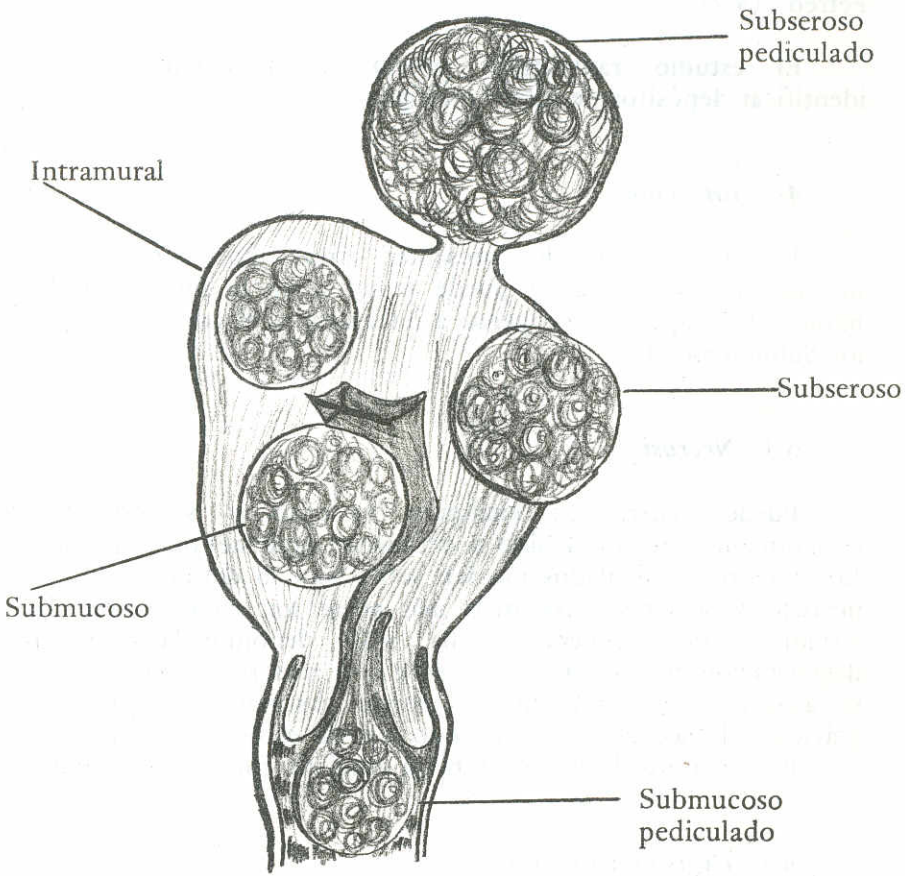
1-) Degeneración Hialina

Es este el cambio degenerativo mas frecuente. Son de aspecto homogéneo y constitución suave, distribuídos en áreas extensas del tumor, describiendo columnas prolongadas que se comunican entre sí.

2-) Degeneración Quística

La anterior tiene tendencia a la licuefacción con la formación de cavidades quísticas de diferentes tamaños, cuando es único simétrico y de gran tamaño puede simular un embarazo y por la compresión que provocan pueden simular un cuadro linfomatoso con edema e ingurgitación de linfáticos.

TIPOS DE LEIOMIOMAS



3-) Calcificación

El calcio es depositado en los tejidos en forma de Carbonatos y Fosfatos, cuando la calcificación es extensa el tumor es convertido en una masa pétrea constituyendo el "Utero Pétreo" (3,7).

El estudio radiológico previo al tratamiento puede identificar depósitos de calcio múltiples.

4-) Infección

La mucosa puede presentar áreas considerables de ulceración y la infección puede penetrar en la substancia del mioma. El grupo más propenso a infectarse es el constituido por los Submucosos (3).

5-) Necrosis

Puede ocurrir en cualquier variedad y se considera comunmente que es debido a deficiente suplemento sanguíneo. Los tumores pediculados pueden sufrir torsión del pedículo con necrosis y gangrena; las áreas más aptas son en el centro del tumor. Esta degeneración ha sido denominada también degeneración roja o carnosa, ocurre con más frecuencia cuando se asocia al embarazo aunque puede observarse en útero no grávido. El mecanismo de producción de estos no es claro, se cree que se trata de lesión aséptica asociada con hemolisis local.

6-) Degeneración grasa

Es muy raro puede presentarse en casos de avanzada degeneración hialina, tales casos pueden representar tumores mixtos.

7-) Degeneración Sarcomatosa

Constituyen el 0.1 a 0.6 o/o de todos los Leiomiomas.

II-g Síntomas y signos

Estos tumores la mayoría de las veces crecen asintomáticos, frecuentemente son hallazgo de cuidadosa exploración física.

Hemorragia

Pueden ser la causa de períodos menstruales prolongados o hemorragia vaginal anormal, principalmente los submucosos o intersticiales, es raro presenten este problema los subserosos. Respecto a las causas, se ha considerado por asociación a hiperestrinismo como causa de cambios hiperplásicos endometriales; otros dicen que es debido a compresión local pero ninguno de estos está comprobado. Los leiomiomas submucosos provocan hemorragia por ruptura de vénulas endometriales.

Dolor

En un alto porcentaje se encuentra presente en los de gran tamaño, provocando sensación de pesantéz y pueden provocar dismenorrea.

El dolor puede ser provocado por la compresión ejercida sobre troncos nerviosos por lo que puede estar localizado en región lumbar y extremidades inferiores. En los leiomiomas subserosos pediculados cuándo sufren torsión, debe diferenciarse de el dolor producido por enfermedad inflamatoria pélvica, o cuando se encuentran asociados a endometriosis (9).

Otros síntomas

En presencia de tumores cervicales anteriores, de éste tipo, es frecuente que produzcan disuria o retención urinaria; cuando la localización es posterior pueden asociarse a estreñimiento o dificultad y dolor para defecar.

Las dimensiones monstruosas de éstos provocan trastornos digestivos o compresión de vasos pélvicos o de vena cava, con

edema de miembros inferiores secundario.

Un síntoma raro es la ascitis que se encuentra en caso de torsión parcial de los pediculados que pueden entonces provocar transudación, o por obstrucción circulatoria.

Puede además haber debilidad general, anemia y cefaléa.

Signos

En condiciones óptimas, recto y vejiga vacíos, ausencia de panículo adiposo en abdomen, pueden palparse áreas nodulares de consistencia dura, irregular, móviles o fijas, algunas veces útero aumentado de tamaño, debe hacerse el diagnóstico diferencial con embarazo. No siempre es posible con éste único recurso hacer el diagnóstico definitivo. Leiomiomas de la pared posterior pequeños, intramurales o subserosos, y los submucosos pueden escapar a ésta investigación.

En el caso de subserosos pediculados debe hacerse el diagnóstico diferencial con masas tumorales anexiales, y en ambos la conducta debe ser quirúrgica.

A los que se atribuye mayor dificultad para el diagnóstico, es a los submucosos, si son de tamaño pequeño y permanecen en el interior del útero, y no ofrecen modificaciones en la estructura y tamaño de éste último, por lo que debe efectuarse legrado uterino para el diagnóstico (9).

Los Histerogramas no son recomendados para este propósito (7).

Cuando los Leiomiomas Submucosos son muy grandes y pediculados pueden presentar problemas diferenciales con otros como pólipos endometriales o cervicales.

II-b Relaciones con otros

Leiomiomas con Ca Uterino

La proporción de carcinoma del cervix o uterino es mas

alta cuando está asociado con leiomiomas de cualquier tipo (6). Parece que los leiomiomas necesitan estrogenos para continuar su crecimiento, así podría explicarse la asociación de estos dos.

Efectos del Leiomioma sobre el útero

Una considerable proporción se encuentra asociada a ciclos anovulatorios, con hiperplasia del endometrio en mayor o menor grado.

En algunos casos pueden provocar hemorragia uterina disfuncional. Por otro lado, la mucosa que cubre los submucosos o presenta atrofia o tiene tendencia a desaparecer las glándulas.

Leiomiomas y embarazo

La relación con esterilidad está sujeta a discusión, algunos opinan que estos son causa de esterilidad en un 25 a 35 o/o y es admitido que es un tumor común en solteras (5). El factor mecánico por el tamaño y distorsión no es suficiente explicación para ésta alta incidencia.

Abitol cree que los Leiomiomas Submucosos son raramente compatibles con embarazo a término, por ello el fracaso de la implantación o el aborto temprano.

Contrario a esto Leiomiomas incluso muy voluminosos son perfectamente compatibles con embarazos y partos normales.

Algunos recomiendan después de haber descartado otras causas de esterilidad efectuar miomectomías, la frecuencia de embarazos posteriormente es de 25 a 40 o/o mayor que en los no intervenidos (7,9).

En el segundo trimestre puede haber dolor e hipersensibilidad, con fiebre, leucocitosis y sugerir un abdomen agudo (10).

En el tercer trimestre pueden causar hemorragia persistente, inercia uterina, o constituir un "tumor previo" que bloquee el descenso del producto por vía vaginal, constituyendo una indicación de cesárea, y en algunos sitios indicación de Cesárea histerectomía (Porro) (10,11). Otros recomiendan efectuar miomectomías múltiples según la paridad de la paciente. Debe tomarse en cuenta también que los leiomiomas aumentan de tamaño con el embarazo y disminuyen después de éste.

II-i Tratamiento

Antes de decidir conducta a seguir deben considerarse diversos factores, como edad, paridad o probalidades de menopausia inmediata. Algunos recomiendan debe decidirse conducta quirúrgica, cuando el volúmen de estos es de proporción arriba de 8 a 10 centímetros de diámetro, debido a que puede ocurrir crecimiento rápido, con cirugía laboriosa posterior. (5).

En períodos post-menopáusicos todo útero miomatoso que continúa aumentando de tamaño debe sospecharse degeneración sarcomatosa.

Radioterapia debe asociarse a legrado uterino, éste tratamiento para miomas es muy eficaz aunque la hemorragia no suele desaparecer inmediatamente.

Las miomectomías deben considerarse únicamente en los casos en que se piensa mantener la capacidad reproductora (9,10).

Se efectúa histerectomía en más del 95 o/o de los casos, es el procedimiento mas adecuado, tratándose de pacientes no menopausicas, multiparas que presentan hemorragia masiva, o masas anexiales con dificultad para el diagnóstico. (5).

III.– MATERIAL Y METODOS

Para este trabajo fueron revisados los libros de control de pacientes de la Sección de Ginecología de el Hospital General "San Juan de Dios". Durante el período comprendido entre el primero de julio de 1967 al treinta de junio de 1972, (5 años).

Fueron tomadas en cuenta Histerectomías abdominales y vaginales efectuadas, las cuales fueron en total 1425, y de las mismas estudiadas 1264 en vista que las 161 restantes carecía de anotación de Anatomía Patológica correspondiente.

Además revisión bibliográfica en textos de Ginecología, Obstetricia y artículos de sectores especializados, bajo el auxilio de las Bibliotecas de la Facultad de Ciencias Médicas y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

IV.– RESULTADOS Y DISCUSION

Fueron analizadas un total de 1425 Histerectomías de las cuales 714 fueron por vía abdominal y 711 por vía vaginal, 161 de éstas no contaban con anotación de Anatomía Patológica.

Inicialmente hacemos una descripción de la incidencia de leiomiomas en general, de diferentes tipos, para observar porcentajes y relación con los que son objeto de nuestro estudio.

Total de Histerectomías	1264	100 o/o
Total de Leiomiomas de todos los tipos	303	23.97 o/o

CUADRO No. 1

SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

TIPOS DE LEIOMIOMAS

Tipo	Casos	Porcentaje
Intramurales	258	85.15
Submucosos	33	10.89
Subserosos	12	3.96
Total	303	100.00

Comentario

Para éste estudio, constituyen un porcentaje de 23.97 o/o las pacientes histerectomizadas que poseen leiomiomas de cualquier tipo. De los cuales el 10.89 o/o, son submucosos, porcentaje elevado en relación al 5 o/o dado por algunos autores (6,3).

CUADRO No. 2
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

CAMBIOS DEGENERATIVOS

Cambios	Casos	Porcentaje
Deg. Hialina	12	41.38
Deg. Quística	11	37.93
Calcificación	3	10.35
Deg. Roja	2	6.89
Infección	1	3.45
Deg. grasa	0	0
Deg. Sarcomatosa	0	0
Total	29	100.00

Comentario

La mayor incidencia de degeneración hialina está de acuerdo con los demás autores siguiendo en su orden la degeneración quística.

No fueron encontrados reportes de Degeneración grasa o sarcomatosa.

CUADRO No. 3
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

EDAD DE LAS PACIENTES EN RELACION A
LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS

Edad	Casos	Porcentaje
25 - 30 años	3	9.1
31 - 35 años	3	9.1
36 - 40 años	4	12.1
41 - 45 años	12	36.4
46 - 50 años	7	21.2
Mayor de 51 años	4	12.1
Total	33	100.00

Mayor edad	64 años
Menor edad	26 años
Promedio edad	43.3 años

Comentario

El total de pacientes encontrados con Leiomiomas Submucosos fueron 33, los cuales son pacientes de edad promedio de 43.3 años.

De acuerdo a diferentes reportes, Leiomiomas en general son más frecuentes entre tercera y cuarta década de la vida. De

acuerdo a éste informe se considera la mayor incidencia para Leiomiomas Submucosos entre cuarta y quinta década de la vida, (57.6 o/o).

CUADRO No. 4
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

RAZA DE LAS PACIENTES EN RELACION A:
LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS

Raza	Casos	Porcentaje
Ladina	27	81.8
Indígena	4	12.1
No reportada	2	6.1
Total	33	100.0

Comentario

Datos que no pueden tomarse como significativos en vista que, debido a la condición cultural y económica de nuestro País, pacientes de estrato social bajo, no consultan con la misma frecuencia por problemas de éste tipo, debido además a la carencia de recursos en los lugares donde habitan.

Podemos entonces considerar que por diversas circunstancias, es un grupo de pacientes con determinado nivel socio-económico; clase media la gran mayoría.

Estado civil

En relación a Leiomiomas Submucosos, el estado civil de las pacientes es un dato de poco significado en vista que lo importante es establecer antecedentes o no de actividad sexual.

El dato encontrado fue que el 81.8 o/o de las pacientes "declararon" estado civil que supone actividad sexual actual o pasada. El 18.2 o/o de pacientes restantes con anotación de estado civil de solteras en quienes no es posible descartar la posibilidad de haber existido relación de este tipo.

CUADRO No. 5
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

PACIENTES CON HIJOS SIN HABER PRESENTADO
ABORTO EN NINGUNA OPORTUNIDAD EN RELACION A
LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS

Hijos	Casos	Porcentaje
1	4	12.1
2	3	9.1
4 a 5	4	12.1
6 a 10	5	15.2
10 o mas	2	6.0
Total	18	54.5

Comentario

Los leiomiomas submucosos son con mayor frecuencia que otros, causa de aborto temprano u obstáculo para la implantación del huevo (10). Contrario a estos datos, en este estudio el 54.5 o/o de pacientes con tumores de éste tipo han tenido hijos sin haber presentado abortos en ninguna oportunidad.

Mayor cantidad de hijos 11
Menor cantidad de hijos 1

CUADRO No. 6
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

PACIENTES CON HIJOS QUE HAN PRESENTADO ABORTO EN ALGUNA OPORTUNIDAD EN RELACION A LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS

Paridad	Casos	Porcentaje
2 o más hijos con 1 Ab.	6	18.2
2 o más hijos con 2 Ab.	4	12.2
Total	10	30.4

CUADRO No. 7
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

PACIENTES SIN HIJOS EN RELACION A LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS

Paridad	Casos	Porcentaje
1 embarazo con 1 Ab.	1	3.0
Ab. habitual (7)	1	3.0
Sin embarazos	3	9.1
Total	5	15.1

Comentario

Un bajo porcentaje (15.1 o/o) no han tenido hijos, 5 casos en total, de los cuales una paciente con Ab. habitual, otra con un embarazo con Ab. secundario al mismo. Los tres casos restantes de pacientes sin ninguna gesta, la primera de ellas soltera de 45 años de edad, la segunda de 45 años casada a los 40, y la tercera de 26 años con un Leiomioma

pediculado de más o menos ocho centímetros de diámetro, prolapsado, soltera, en la cual se encontró varios Leiomiomas Submucosos pequeños en endometrio y diversos focos de Adenomiosis.

Respecto al cuadro No. 6, son pacientes multiparas que presentaron aborto en alguna oportunidad; podríamos considerar como causa de los mismos a los Leiomiomas Submucosos pero hubiese sido necesario descartar otra posibilidad para el diagnóstico.

CUADRO No. 8
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

IMPRESION CLINICA PRE-OPERATORIA DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS, EN RELACION A HALLAZGOS DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS

I.C. Pre. Op.	Casos	Porcentaje
Fibroma-Fibromatosis-Fibroide Uterino	11	33.3
Leiomioma Submucoso-pediculado	7	21.2
Fibroma Pediculado-prolapsado	5	15.2
Pólipo endometrial	3	9.1
Metrorragia	5	15.2
Adenomiosis	1	3.0
Retención de placenta	1	3.0
Total	33	100.0

Comentario:

Considerando que los Leiomiomas Submucosos pueden presentar con mas frecuencia, hemorragia, no dependiendo

directamente del tamaño de los mismos; presenta dificultad hacer el diagnóstico pre-operatorio con certeza, y aun no es concluyente en presencia de tumores grandes submucosos pediculados.

En este estudio el 36.4 o/o fueron diagnosticados; un 9.1 o/o como pólipo endometrial que debe considerarse siempre en el diagnóstico diferencial. En una paciente con 27 semanas post-parto se pensó en retención de restos placentarios.

CUADRO No. 9
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

VIA QUIRURGICA PARA HISTERECTOMIA EN RELACION A LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS.

	Casos	Porcentaje
Histerectomía Abdominal	25	75.76
Histerectomía Vaginal	8	24.24

Comentario

En un 75.76 o/o fue elegida la vía abdominal, y resto por vía vaginal. Dependiendo de alguna otra indicación es indiferente auque hay autores que recomiendan la vía Abdominal.

CUADRO No. 10
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

MOTIVO DE CONSULTA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN RELACION A LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS

Motivo de Consulta	Casos
Dolor	19
Hemorragia	18
Hipermenorrea	6
Polimenorrea	3
Dismenorrea	3
Pesadez abdominal	3
Leucorrea fétida con sangre	1

Comentario

Mas de la mitad de las pacientes consultaron por dolor en hipogastio y/o asociación de este con hemorragia vaginal.

Se acompañaron en alguna otra ocasión por cefalea o debilidad. Básicamente son tumores que provocan como síntomas mas significativos hemorragia o dolor, dato que se confirma en éste estudio (3).

CUADRO No. 11
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

HALLAZGOS CLINICOS IMPORTANTES EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS, EN RELACION A LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS

Hallazgo	Casos	Porcentaje
Protrusión de masa cervical	15	45.5
Utero aumentado de tamaño	11	33.3
No está anotado	5	15.1
Ninguno	2	6.1
TOTAL	33	100.0

Comentario

En los casos mas probables fue encontrada masa cervical protruyendo, pediculada, (45.5 o/o), luego en un 33.3 o/o únicamente el útero aumentado de tamaño. Un ginecológico normal en un 6.1 o/o y en 15.1 o/o no se encontró anotación.

Además asociado a estos hallazgos se encontró en algunas de estas pacientes el tacto doloroso, hemorragia vaginal y en una de ellas el orificio interno abierto.

CUADRO No. 12
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

HALLAZGO PATOLOGICO, DE LEIOMIOMAS DE OTRO TIPO EN RELACION A LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS

Tipos	Casos	Porcentaje
L.Submucosos	33	100
L. SMC, además L. intramurales	4	12.12
L. SMC, además L. subserosos	0	0
L. SMC, además L. subserosos e intramurales	0	0

CUADRO No. 13
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

OTROS HALLAZGOS DE PATOLOGIA EN RELACION A LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS

Hallazgos	Casos	Porcentaje
Cervicitis gland. crónica	14	42.4
Endometrio proliferativo	5	15.2
Metaplasia escamosa	4	12.1
Endometrio secretorio	3	9.1
Hiperplasia del endometrio	2	6.1
Adenomiosis	1	3.0
Sin otro hallazgo	4	12.1
Total	33	100.0

Comentario

Unicamente en cuatro pacientes se encontró asociados Leiomiomas Intramurales, correspondiendo este hallazgo a un 12.12 o/o, no se identificó en ninguno leiomiomas subserosos asociados.

La relación con otra entidad patológica con mas frecuencia fue de Cervicitis glandular crónica en un 42.2 o/o de las pacientes, metaplasia escamosa en 12.12 o/o, hiperplasia del endometrio en 6.1 o/o, adenomiosis en el 3 o/o.

CUADRO No. 14
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

CAMBIOS DEGENERATIVOS PRESENTES EN RELACION A LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS

Cambios	Casos	Porcentaje
Deg. hialina	2	6.1
Deg. roja	2	6.1
Ulcerado	1	3.0

Comentario

Solo en 5 casos (15.2 o/o) se encontró cambios degenerativos, siendo estos degeneración hialina, roja y ulceración, la segunda, secundaria probablemente a torsión del pedículo.

V.– CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio el porcentaje de Leiomiomas de todos los tipos es de 23.97 o/o

2. Constituídos así:

Intramurales	85.15
Submucosos	10.89
Subserosos	3.96

3. La mayor incidencia de Leiomiomas Submucosos ocurrió entre 40 y 45 años de edad.

4. El cambio degenerativo mas frecuente para todos los Leiomiomas es la Degeneración Hialina (41.38 o/o).

5. En esta revisión el 81.8 o/o de las pacientes son ladinas.

6. En mas de la mitad de las pacientes de ésta serie se comprobó actividad sexual pretérita o presente.

7. El 84.9 o/o de estas tuvieron hijos y el 30.4 o/o presentaron además aborto en alguna oportunidad.

8. Solo el 15.1 o/o de las pacientes estudiadas no tuvieron hijos.

9. Cuando el Leiomioma Submucoso es pediculado y protruye en el orificio cervical, el diagnóstico es menos complicado que cuando estos son pequeños y no constituyen un dato físico significativo.

10. La Histerectomía Abdominal fue el tratamiento más frecuente dependiendo de otras indicaciones sobreagregadas.

11. El motivo por lo que consultan invariablemente es por hemorragia vaginal y/o dolor con otros síntomas menores sobreagregados.

12. En ésta recopilación únicamente en el 12.12 o/o se encontró asociación de Leiomiomas Submucosos con intramurales.

13. El hallazgo patológico sobreagregado de mayor incidencia fue el de cervicitis glandular crónica.

14. Hallazgos de mayor importancia, en dos casos Hiperplasia del endometrio y en uno Adenomiosis.

VI.– RECOMENDACIONES

1- Insistir respecto a la anotación completa de informes de Anatomía patológica en los libros de control de pacientes en la Sección de Ginecología.

2- Se logrará obtener una mejor impresión clínica con historia completa, haciendo énfasis en los antecedentes gineco-obstetricos y asociación con trastornos gastrointestinales o genitourinarios.

3- Además de el examen físico completo, completar datos de palpación abdominal, bimanual, con espéculo y tacto rectal.

4- Efectuar Papanicolau de rutina previo a cualquier conducta terapéutica.

5- Pacientes en las que se sospeche Leiomiomas Submucosos y el examen físico no lo compruebe se recomienda efectuar legrado uterino.

6- Todo crecimiento rápido de masa controlada posiblemente se trate de Degeneración Sarcomatosa, que amerita tratamiento quirúrgico inmediato.

7- Pacientes con Aborto Habitual debe después de descartarse otras posibilidades pensarse en Leiomiomas Submucosos.

8- El caso de pacientes que presenten un Leiomioma Submucoso pediculado o prolapsado, deben considerarse como una emergencia ginecológica, ser tratados como tales, efectuando el proscedimiento quirúrgico que amerite.

VII.– BIBLIOGRAFIA

1. Benson, Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. Trad. al español por Francisco Reyes. 2a. Ed. México. Ed. Manuel Moderno, 1969. pp. 603-610.

2. David, M. P. Spontaneous ruptura of a myoma through the uterus. Amer. J. Obstet. Gynec. 106: 931-33, Mar. 1969.

3. Deseaud, U. Uterine Leiomyoma incidence of degenerative change and correlation of associated symptoms. Obstet. Gynec. 35: 432-34, Mar. 1970.

4. Hepper, T.R. Comparative assays of tissue plasminogen activator in myoma tumor, cervix and fibromyoma of the human uterus. Amer. J. Obstet. Gynec. 29: 213-20, Jul. 1972,

5. Hyams, L. M. When to hospitalize for fibroid tumors. Hospital Practice 73: 76-80, Jun. 1969.

6. Ingersoll, F. M. Benign and malignant uterine tumors. Hospital Medicine 5 (2): 6-17, Feb. 1969.

7. Novak, E. R. Tratado de Ginecología, trad. al español por Alberto Folch y Pi. 8a. ed. México, Ed. Interamericana, 1971. pp. 362-77.

8. Robbins, S. L. Tratado de Patología, Trad. al español por Homero Vela Treviño. 3a. Ed. México, Ed. Interamericana, 1968, pp. 1030-32.

9. Rovinsky, J.J. and Guttmacher, A.F. Medical, surgical, and gynecologic complications of pregnancy, 2d. ed. Baltimore, The Williams and Wilkins Company, 1965. pp. 366-372.

10. Schwarcz, R. et al. Obstetricia. 3a. Ed. Buenos Aires, Ed. El Ateneo, 1970. pp. 465-67.

11. Taylor, E. Stewart, ed. Obstetricia de Beck. versión española de Homero Vela Treviño. 8a. ed. México, Ed. Interamericana, 1968. pp. 389-393.

12. Wisot, A.L. Symptomatic myoma in 13 year old girl, Amer J. Obset. Gynec. 105: 639-41, 15 Oct. 1969.

Vo.Bo.

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

Br. Víctor Hugo González Azmitia

Dr. Fausto A. González
Asesor

Dr. Otto Brolo
Revisor.

Dr. José Quiñónez Amado
Director de Fase III

Dr. Carlos E. Bernhard
Secretario

Vo. Bo.

Dr. César Augusto Vargas M.
Decano.