

6

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"LEIOMIOMA PARASITARIO CON LOCALIZACION
PLACENTARIA"

Reporte de un caso encontrado en la sección de Obste-
tricia del Hospital General "SAN JUAN DE DIOS"

TESIS

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

Por:

SALVADOR LOPEZ MENDOZA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Agosto de 1975

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. GENERALIDADES

- a) Concepto o Definición
- b) Incidencia, Sinonimia
- c) Patogenia
- d) Características Histológicas
- e) Tipo de Leiomiomas
- f) Degeneración
- g) Curso Clínico
- h) Tratamiento

III. MATERIAL Y METODOS

IV. CASUISTICA E HIPOTESIS

V. CONCLUSIONES

VI. RECOMENDACIONES

VII. BIBLIOGRAFIA

I INTRODUCCION

El Leiomioma es un tumor benigno del músculo liso, teniendo su localización más frecuente en útero y mama.

A pesar de ser un tumor de músculo liso, los leiomiomas son sumamente raros en otras partes del organismo que también contienen músculo liso; no obstante pueden aparecer en los ovarios, trompas, ligamento ancho, en el tubo digestivo donde forman a menudo masas polipoides que se proyectan hacia la luz, en la vejiga urinaria y ureteres. Las paredes musculares de los vasos sanguíneos son afectados raramente.

Debemos recordar que de acuerdo al tipo de músculo que lo origina, liso o estriado, son denominados Leiomiomas o Rabdomiomas respectivamente. Mesotelioma, cuando se origina de endotelio peritoneal.

Existe una diversidad de criterios en relación a la existencia de este tipo de tumor con embarazo, y las complicaciones que produce al mismo, además de estar catalogado como causa de infertilidad. En relación a la última situación mencionada haremos énfasis, Infertilidad, Abitol atribuye a la variedad de submucosas como causa predominante de este problema; los Intersticiales y Subserosos excepto los de dimensiones voluminosas y de localización a nivel de Cuernos, son observados con menor frecuencia. Es frecuente el

hallazgo de Leiomiomas en embarazos a término, durante el trabajo de parto o en operación Césarea, teniendo presente el aspecto relacionado con su etiología, catalogado como estrógeno dependiente, el cual aumenta durante el embarazo y disminuye después de este.

El presente trabajo constituye la publicación de un caso de Leiomioma localizado en la placenta, para lo cual se adjuntan los datos respectivos y las diversas hipótesis con respecto a su origen. Caso encontrado en la Sección de Obstetricia del Hospital General "San Juan de Dios."

II GENERALIDADES

a) Definición:

Leiomioma de LEIOS = liso; es un tumor benigno del músculo liso como definición etimológica. El tamaño es muy variable, puede ser muy pequeño (microscópico) hasta alcanzar dimensiones descomunales, su consistencia es firme excepto cuando hay cambios degenerativos que modifiquen la misma; recubiertos por tejido aerolar laxo formando una pseudo cápsula que permite liberarlos de estructuras adyacentes con facilidad. 1,3,7/.

La superficie de corte presenta un aspecto de espiras característico, debido a los fascículos entrelazados de fibras, seccionados en varios planos. Estos sufren cambios degenerativos como veremos más adelante. Pueden ser únicos o múltiples. También pueden poseer pedículo (Leiomiomas pediculados) o no poseerlo. Recordaremos también que esta descrita la Leiomiomatosis intravenosa aunque son muy raros, se pueden dar extensiones de tumor por vía sanguínea hacia las venas de la pelvis. Considerando este fenómeno raro, Harper y Scully señalan la dificultad para distinguir este proceso de algunos otros malignos como el Sarcoma (endometrial) o la entromatosis. 1,4,2/.

b) Incidencia, Sinonimia:

Con frecuencia se llama a estos tumores Fibromas, sin embargo hay que recordar que son de origen muscular y no derivan de tejido fibroso, sin embargo creemos que es una mala denominación, pero el término no está tan arraigado que resulta difícil substituirlo.

Estos tumores se presentan en el período reproductor 1,7,4/ y es un hallazgo en el 20% de la totalidad de las mujeres que pasan los 35 años, aunque por lo general lo hacen sin síntomas. Se observa con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta década de la vida, sin embargo puede presentarse desde la segunda década. Su frecuencia es mucho mayor en la mujer de raza negra que en la blanca. En paciente embarazada se reporta una incidencia del 0.3% al 7.2%. 4/

Para algunos autores nunca pueden aparecer después de la menopausia y suelen remitir en tal período. Se habla como regla general que cuando estos tumores crecen después de la menopausia, es índice que hay degeneración secundaria de cualquier naturaleza, y siempre debe hacernos sospechar degeneración maligna (sarcomatosa). 1,2,3,7/

Hay que considerar estos tumores en el embarazo como de crecimiento temporal pero pasajero y este crecimiento puede ser debido a:

1. Depender de un mayor estímulo hormonal.
2. Depender de un mejor riego sanguíneo.

c) Patogenia:

Hay muchas discusiones sobre el papel del hipertrismo en la etiología. Está comprobado que estos tumores disminuyen de volumen y se tornan fibrosos después de la menopausia incluso se calcifican. La ovariectomía produce atrofia de estas neoplasias 4,7/. Tal vez lo más notable sea referir el aumento rápido de volumen que experimentan durante la gestación y presentan proliferación celular notable; por lo anterior se supone que sea debido a una estimulación por estrógenos excesivos.

La mayor parte de investigadores aceptan la opinión de MEYER, quien sostiene que no se origina de elementos musculares maduros, sino de células inmaduras. 1,3/

Muchos observadores han señalado la producción experimental de tumores fibrosos; estos tumores artificiales no presentan la forma habitual del mioma uterino, ni desde el punto de vista histológico ni por su distribución topográfica. Sin embargo han sido notables los trabajos de Lipschutz, quien valiéndose de estrógenos, pudo producir tumores fibromatosos en el conejillo de indias, no solo en el útero, sino en distintos focos extragenitales en todo el abdomen. Esta acción fibromatígena del estrógeno puede evitarse con la administración simultánea de progesterona o de propionato de testosterona. 1,4/

Cuando se introduce una tableta de hormona estró

genica debajo de la piel de una cobaya, se produce fibromatosis uterina y estos dejan de crecer y regresan cuando deja de actuar la hormona. A pesar de todo lo anterior, nada definido se sabe acerca de la etiología del Leiomioma.

Al factor hereditario hasta el momento no se le ha dado ninguna importancia.

d) Características Histológicas:

Presentan en la superficie de corte, color blanquecino recubiertos de cápsula no definida consistencia firme; que contrasta con el miometrio relativamente blando y rojizo que lo rodea. La imagen microscópica es una mezcla de tejido muscular liso y tejido fibroso en proporciones variables. Las fibras musculares discurren en fascículos entrelazados, algunos de los cuales están cortados longitudinalmente y otros de modo transversal. Los núcleos de las fibras musculares son pequeños redondeados o fusiformes, mientras que los de los fibroblastos son más largos y delgados, o incurvados.

De tal manera que el elemento característico - que forma este tumor es la célula muscular lisa, de tamaño uniforme, fusiforme, entrelazadas o dispersas en forma de espiras; estas células tienen núcleo ovalado y prolongaciones citoplasmáticas bipolares largas y delgadas, se observan imágenes mitóticas ocasionales y ausencia de células gigantes y anaplasia. 1,3/ El Leiomioma es relativamente ovascular. 1,3,7/

e) Tipo de Leiomiomatosis:

Estos tumores se clasifican de acuerdo a su posición en:

1. Intersticiales o Intramurales.
2. Sub-serosos o sub-peritoneales.
3. Submucosos.
4. Intraligamentarios.
5. Cervicales.
6. Parasitarios.

1. Intersticiales o Intramurales: Esta forma es la más frecuente; pues casi todos los Leiomiomas se inician en el miometrio. Se hallan muy vascularizados a partir del miometrio vecino, por lo que su degeneración es rara. Cuando son pequeños pueden no provocar cambios en el contorno del útero; cuando son grandes producen irregularidad del órgano y alcanza tamaño descomunal; puede estar asociado a subserosos y submucosos; además pueden ser únicos o múltiples.

2. Subserosos o Subperitoneales: Es de crecimiento centrífugo, de modo que se hace subseroso y/o pediculado. La torsión del pedículo distorsiona el aporte sanguíneo, lo que provoca con frecuencia cambios degenerativos. "En casos raros el tumor puede adherirse al epiplón y ser irrigado desde el mismo y por lo tanto desprenderse del útero y convertirse en parásito del Epiplón".

Los intraligamentarios son subserosos que se desarrollan lateralmente y se extienden entre los repliegues del ligamento ancho y a ello deben su nombre, y cuando son muy grandes se presentan como masas retroperitoneales.

3. Submucosos: Se forma por crecimiento centrífugo de un tumor intersticial que se proyecta hacia la cavidad uterina y debido a las contracciones uterinas pueden hacerse cada vez más polipoide, hasta que por último puede protrusarse por vagina. Aunque de pequeño tamaño, puede provocar hemorragias uterinas debido a la irrigación del endometrio a que da lugar. El endometrio que los reviste puede hallarse sumamente engrosado. Los tumores voluminosos llegan a distender de tal manera la cavidad uterina. Estos ocurren en un 5% 2,4/, clínicamente son los más importantes.
4. Intraligamentarios: (Ya descritos en subserosos).
5. Cervicales: No son frecuentes, aunque es probable que los del cuerpo invadan al cuello uterino. El Leiomioma Cervical genuino es único 1,3/, y al aumentar de tamaño el útero queda suspendido por encima del tumor; por lo que si la enferma queda embarazada el parto normal es imposible.
6. Parasitarios: En ocasiones de Leiomiomas se

adhieren a estructuras vecinas o adyacentes, crean riego sanguíneo auxiliar y pierden su inserción original con el útero, en estas circunstancias se llaman Leiomiomas Parasitarios.

f) Cambios Degenerativos:

El aporte sanguíneo del Leiomioma fácilmente queda interferido, de ahí que su degeneración sea frecuente. 1,4/

Los Leiomiomas subserosos sólo se nutren a través de un pedículo; siendo en esta variedad en la que, con mayor frecuencia aparecen degeneraciones.

1. Degeneración Hialina:

Es la más frecuente, y se debe a una insuficiencia de la irrigación sanguínea. El tejido fibroso se hialiniza y las fibras musculares tienden a desaparecer. En este cambio presentan un aspecto homogéneo y constitución suave, distribuidos en áreas extensas del tumor, describiendo columnas prolongadas que se comunican entre sí. 1,3/ La Hialinización puede ir seguida de Degeneración quística. Esta degeneración se ve en distinta forma en todos los miomas.

2. Degeneración Quística:

La sustancia Hialina se licua, formándose espacios quísticos que carecen de revestimiento epitelial. 1/ Clínicamente puede simular embarazo o quiste

ovarico. Puede haber edema intenso e injurgitación de los linfáticos, simulando un cuadro linfangiomatoso. 7/

3. Degeneración Calcárea o Calcificación:

La calcificación puede ser una secuela de la degeneración grasa, observándose en los Leiomiomas subserosos de mujeres ancianas. Todo el tumor puede convertirse en una sola masa calcárea, que se traduce por una imagen peculiar en las radiografías, si bien no da síntomas especiales. 1/

El calcio es depositado en los tejidos en forma de carbonatos y fosfatos, cuando la clasificación es extensa constituye el "Utero Petrio" 2,7/.

4. Infección:

La mucosa puede presentar áreas considerables de ulceración y la infección puede penetrar en la sustancia del mioma. Se presenta sobre todo en los miomas de variedad submucosa, que posean gran tendencia al adelgazamiento y ulceración de la mucosa de cubierta, dando entrada así a los gérmenes procedentes del conducto uterino 7/.

5. Necrosis:

Básicamente se debe el trastorno a problemas del riego sanguíneo o infección grave. Puede ocurrir en cualquier variedad y se cree que regularmente los

más afectados son aquellos miomas pediculados que por torsión del mismo tienen como consecuencia necrosis y gangrena; las áreas más aptas son el centro del tumor. Esta degeneración es conocida también con el nombre de Degeneración Encarnada o Roja. Este tipo de Degeneración se considera mucho más frecuente en el embarazo. Sin embargo en la experiencia de 38 casos operados en el Hospital General de Toronto en un período de ocho años, 11 (29%) se relacionaron con embarazo; mientras que 27 (71%) no mostraron tal relación. El proceso se caracteriza por un dolor súbito 1/.

El tumor se hace blando y adquiere un color rojo intenso semejante al de la carne cruda, debido al acumulo de sangre en el tejido; sangre que más tarde se emoliza y provoca una coloración difusa en todo el tumor. El proceso depende probablemente de una trombosis venosa, por lo que puede considerarse un infarto rojo. La obstrucción venosa puede atribuirse a la compresión externa, contracciones del útero o torsión del tumor. Esta modificación es más frecuente en la variedad intersticial.

6. Degeneración Grasa:

En los Leiomiomas antiguos se observa este tipo de degeneración; en estos casos la superficie de corte es amarillenta homogénea, y las fibras musculares contienen gotitas de grasa que pueden demostrarse mediante la coloración especial para la misma; la calcificación puede ser una secuela de degeneración grasa. Esta

degeneración se considera como muy rara; tales casos pueden representar tumores mixtos.

7. Degeneración Sarcomatosa:

Degeneración maligna del mioma; constituye menos del 5% de la totalidad de tumores uterinos malignos; tiende a difundirse por vía sanguínea, de manera que son frecuentes metástasis pulmonares y hepáticas. Esta degeneración constituye el 0.1 a 0.6 % de todos los Leiomiomas. 3,7/

g) Curso Clínico:

Los Leiomiomas uterinos pueden ser completamente asintomáticos y a menudo solo se descubren en una exploración física sistemática. Sin embargo pueden originar diversos síntomas, el más importante de los cuales es la Hipermenorrea. También puede ocurrir hemorragia vaginal anormal y regular, se desconoce por qué producen este último efecto. Algunos autores consideran que estos tumores producen hemorragia al comprimir el endometrio 8/.

Algunos otros consideran el mecanismo del Hipertrofia sin embargo no se encuentran los cambios de Hiperplasia en endometrio correspondientes a este aumento de estrógenos.

En el caso de Leiomiomas submucosos es muy fácil explicarse el fenómeno de hemorragia o ruptura de vénulas endometriales. En crecimientos intersti-

ciales se trata de explicar el fenómeno mediante un exceso menstrual por interferencia con la contractilidad uterina; habiéndose que los subserosos no presentan dicho síntoma.

El dolor no es síntoma característico del Leiomioma, a pesar que casi siempre se halla presente. Lo que particularmente ocurre con los tumores de gran tamaño es una sensación de pesadez gravitativa o de dismenorrea. El apareamiento de dolor en miomas de gran tamaño previamente indoloros, se debe por lo general a trastornos circulatorios, unidos a procesos necróticos locales o procesos inflamatorios acompañados de adherencias a los órganos vecinos. En casos excepcionales de miomas subserosos pediculados sufren torsión, el dolor puede ser agudo, acompañado de náusea y vómito. Por último cabe analizar que dependerá de la localización del tumor que pueda comprimir órganos vecinos vitales para que así se manifiesten, - por ejemplo en tumores de gran tamaño que se encuentran firmemente enclavados en la pelvis, el dolor suele resultar de compresión ejercida sobre troncos nerviosos, con irradiación a espalda y miembros inferiores; pueden producir también compresión sobre vejiga, produciendo irritabilidad vesical, aumento de la frecuencia miccional, disuria, polaquiuria, retención de orina por compresión ureteral; estreñimiento, tenesmo por compresión rectal; edema de miembros inferiores por compresión linfática o venosa; trastornos digestivos por compresión de órganos digestivos altos.

Para su diagnóstico es suficiente con el examen

pélvico; teniendo cuidado de tener recto y vejiga vacíos, sin embargo, los tumores de pequeño tamaño pasan desapercibidos al examen; no es recomendable el Histerograma con fines diagnósticos para estos casos. A veces es necesario legrado uterino para facilitar diagnóstico por aquellos tumores pequeños que estén dentro de cavidad uterino 9/.

Los síntomas relacionados con el embarazo difieren mucho; de tal manera que algunos autores hablen de ellos en la intervención del mioma como productor de aborto en porcentaje bastante alto, generalmente en el primer trimestre. Durante el segundo trimestre puede haber dolor e hipersensibilidad en miomas antes asintomáticos, con fiebre, leucositosis y desarrollo de un abdomen agudo. Este suele depender de degeneración encarnada (roja), fenómeno curioso del embarazo que probablemente proviene de una circulación inadecuada en el Leiomioma, aunque también cabe considerar otros cambios degenerativos u otras causas de abdomen agudo.

En los casos que son intervenidos, dependiendo de su extensión y localización, puede estar indicado efectuar resección del tumor (Miomectomía) observándose con bastante frecuencia un procedimiento poco laborioso. La conducta durante el parto en estas pacientes cuando ha sido extirpado un Leiomioma de dimensiones respetables, es más prudente resolverlo por vía abdominal.

Durante el tercer trimestre, y cerca del parto,

un Leiomioma puede causar hemorragia prematura, inercia uterina o bloqueo mecánico de las vías genitales; hemorragia puerperal por útero atónico; la infección del Mioma y endometritis son más frecuentes en el parto vaginal.

h) Tratamiento:

No todos los miomas requieren tratamiento quirúrgico, sin embargo el tratamiento más conservador exige exámenes periódicos cada seis meses. En todos los casos debe considerarse edad, deseo de procreación, probabilidad de menopausia a corto plazo; esto último porque se considera que en la mujer premenopáusica el mioma rara vez causará molestia y muchas veces involuciones.

Sin embargo debe considerarse la seguridad de la evaluación periódica de la enferma para no ver resultados sorprendentes y desfavorables en un momento dado. Sin embargo no es considerado prudente permitir que un mioma alcance volúmenes grandes como mayor al correspondiente a un embarazo de doce a catorce semanas, sobre todo cuando la mujer es joven y el tumor lleva largo tiempo de crecer o bien cuando es un crecimiento rápido. En pacientes post-menopáusicas que se observe crecimiento tumoral, o sintomatología correspondiente o sospechosa de tumor uterino, debe sospecharse una degeneración sarcomatosa; en la cual está indicada la exploración quirúrgica.

El tratamiento con radioterapia debe acompañar

se de legrado uterino; a pesar que con radioterapia se han tenido buenos resultados, la impresión actual es que se prefiere la Cirugía y en raros casos la menopausia por radiación. En casos de cirugía conservadora como Miomectomía, únicamente debe realizarse en casos en que se piensa mantener la capacidad reproductora.

En más del 95% de los casos, la Histerectomía total es el tratamiento más adecuado en pacientes que presentan síntomas y signos. Una decisión difícil es la que se lleva a cabo cuando es realizada operación Césarea en relación a efectuar Histerectomía. Debemos tomar en cuenta lo aseverado antes, ya que, los Leiomiomas aumentan de tamaño durante el embarazo y después de éste involucionan aunque no desaparecen; el crecimiento exagerado hace más laboriosa la intervención.

El Leiomioma puede estar asociado a otra patología genital, así tenemos que la proporción del carcinoma del Cervix o uterino es más alta cuando está asociada con Leiomiomas de cualquier tipo 6/. El tratamiento de estas asociaciones dependerá de la afección más comprometedora, para así decidir la conducta.

III. MATERIAL Y METODOS

En la sección de Obstetricia del Hospital General "San Juan de Dios" el 15 de Marzo de 1975, fue atendido parto eutósico simple, con alumbramiento natural completo sin ninguna complicación. Cuando se realizó la exploración de anexos fetales, fue encontrada masa blanquecina de 2 x 4 cms. en sus mayores diámetros adherida a la placenta a 5 cms. de su periferie; la cual fue enviada al Depto de Patología para estudio histológico. Habiendo sido reportado como Leiomioma.

Debido a lo excepcional del hallazgo fue reunida literatura a nivel nacional y publicaciones en otros países. No fue encontrado un caso similar por lo que se considera muy importante reportar lo encontrado e investigado.

IV CASUÍSTICA E HIPÓTESIS

Paciente de 22 años de edad, ladina, con 2 hijos vivos y un aborto por causa desconocida, parto anterior hacía un año; fue admitida por trabajo de parto activo y embarazo a término, habiéndose obtenido un recién nacido de sexo masculino con peso de 8 lbs. 10 oz. con APGAR de 9 al minuto; quince minutos después fue efectuado alumbramiento natural completo, placenta con 18 cms. de diámetro y un peso de 1 libra 3 onzas. Localizándose pequeños infartos en la periferie y masa blanquecina de consistencia firme, de superficie regular y con 2 x 4 cms. en sus mayores diámetros fijo a la placenta que pudo desprenderse con facilidad considerando lo encontrado se envió la pieza al Depto. de Patología el cual reportó placenta: histológicamente normal; Leiomioma con necrosis coagulativa (Anatomía Patológica No. 58974-75.)

La paciente fue dada de alta al segundo día postparto sin ningún problema.

Hipótesis:

No existe ninguna duda en relación a la variada sintomatología que produce ese tumor frecuente; se ha mencionado su asociación con otros tumores, malignos y benignos. Su etiología aún no demostrada, pero sí con bastantes fundamentos que hacen no descartar su dependencia de un factor estrogénico aunque que proba

blemente asociados a otros factores, enzimático u hormonal que lo hace aún más complejo.

En relación al embarazo hemos mencionado lo más importante. Después de lo encontrado en el caso expuesto antes, se hace imperativo investigar el origen del mismo.

Estructuras histológicas de músculo liso a nivel placentario, principalmente a nivel de vasos sanguíneos, no excluyen que haya sido originado a este nivel. Sin embargo creemos sería más posible pensar que el origen de este tumor haya sido a nivel submucoso, es decir, un Leiomioma submucoso a nivel de el lecho placentari o el cual haya adquirido gradualmente su riego sanguíneo desprendiéndose así de la placenta; como en forma similar ocurre en los Leiomiomas subserosos que adquieren riego del epiplon posteriormente, denominados como parasitarios formando masas tumorales flotantes.

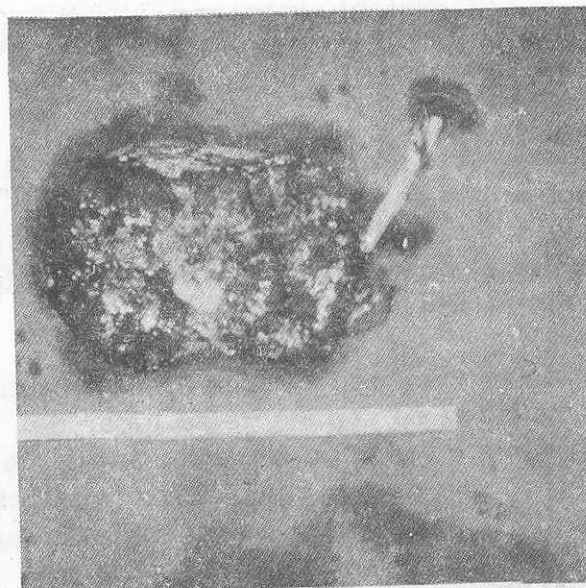
Dependiendo de su extensión y dependencia -per se- podría ser causa de insuficiencia placentaria o provocar desprendimiento del área que ocupe provocando así, un aborto o parto prematuro, con la hemorragia -consecuente. Existe la posibilidad que forma similar ocurra en aquellas Leiomiomas submucosos que provocan pérdidas gestacionales sin haber sido demostrado hasta después de un examen cuidadoso.

En relación a la dinámica uterina en el caso encontrado, no hubo ningún problema, el tiempo de traba

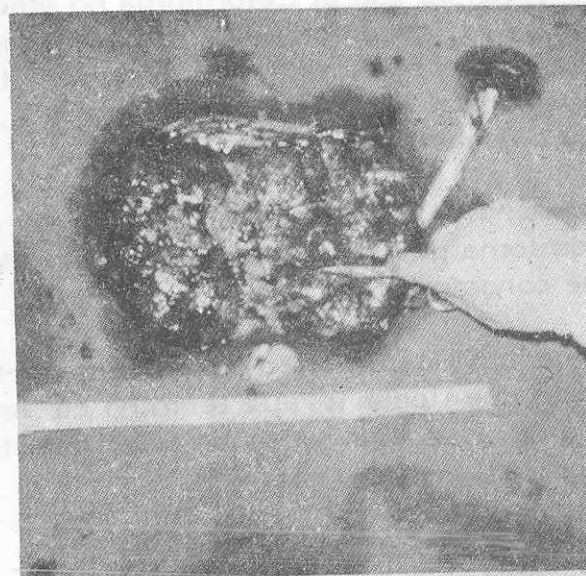
jo de parto fue reducido y en el puerperio inmediato no fue observada hemorragia secundaria a atonia uterina u otra.

Hubiera sido interesante descartar la presencia de Leiomioma con localización uterina, la paciente fue evaluada cuidadosamente y no se pudo verificar la presencia de éstos.

Consideramos importante el hallazgo reportado en vista de que en la literatura revisada no encontramos ningún otro similar, posiblemente exista, sin embargo en una entidad excepcional; queda este trabajo como constancia del mismo.



Leiomioma en placenta.



Leiomioma resecado de la placenta.

V CONCLUSIONES

1. Regularmente estos tumores durante el embarazo aumentan de volumen, sin provocar síntomas y signos patognomónicos; la regla es que resuelto el embarazo, disminuyen notablemente su volumen.
2. El Leiomioma, especialmente el pediculado, con facilidad se separa de su lugar de origen siempre que tenga un órgano o tejido vecino que le brinde una mejor circulación; es decir los Leiomiomas parasitarios no son más que tumores que en un momento dado crean una mejor circulación de otro órgano o tejido.
3. Si aceptamos que el Leiomioma no afecta vasos sanguíneos, podemos asegurar que nunca existirá Leiomioma primario placentario, sino más bien se trata de un Leiomioma errante, migratorio o parasitario.
4. De acuerdo a nuestra investigación, el caso del Leiomioma placentario es el primero de que se tiene conocimiento.
5. En nuestro Hospital, hay una buena serie de pacientes que llegan a feliz término el embarazo y que tienen sobre agregado una Leiomiomatosis uterina.

6. El diagnóstico del tumor de dimensiones pequeñas casi siempre pasa desapercibido o más bien no se manifiesta y por lo tanto no se diagnostica.
7. Nunca debe efectuarse histerograma como método diagnóstico de Leiomiomatosis; preferible utilizar el Ultrasonograma.
8. Los Leiomiomas parasitarios son raros, sin embargo, consideramos que son más frecuentes que los que hasta ahora reportados si se tuviera especial cuidado en buscarlos.
9. La placenta es un órgano que con facilidad crea una mejor circulación a un Leiomioma uterino submucoso.
10. La localización más frecuente del Leiomioma uterino es la variedad intramural o intersticial.
11. La degeneración más frecuente del Leiomioma es la hialina siguiéndole la quística.
12. La mujer multípara no está exenta de sufrir este tumor, aunque en grados relativamente menores que la nulípara.

VI RECOMENDACIONES

1. Revisar en cada paciente con controles prenatales, la posibilidad diagnóstica del tumor.
2. Tener especial cuidado en la paciente con aborto, e investigar si la causa etiológica no es una Leiomiomatosis uterina.
3. En pacientes explorados con Leiomiomatosis - subserosa, inspeccionar bien epiplón y peritoneo que nos puede proporcionar sorpresas interesantes en cuanto a Leiomioma parasitario.
4. En todo alumbramiento hacer un examen consuciente de la placenta y a la menor duda de patología, enviarla a donde corresponda para estudio especializado.
5. En paciente con diagnóstico de Leiomiomatosis uterina no retrasar su tratamiento hasta que la paciente manifieste sintomatología; de acuerdo a la edad y paridad.
6. En la paciente embarazada con Leiomiomatosis se debe adoptar una conducta conservadora durante todo el embarazo.

VII BIBLIOGRAFIA

1. BOYD, William. Tratado de patología. Trad. por el Depto. de Ediciones Médicas de Librería "El Ateneo". 3a. ed. Buenos Aires. "El Ateneo", 1965. pp. 253-254, 924-926.
2. DESEAUD, U. Uterine leiomyoma incidence of degenerative change and correlation of associated - symptoms. Obstet. Gynec, 35: 432-34. Mar. 1970.
3. GONZALEZ AZMITIA, Victor H. Leiomiomas Uterinos submucosos revisión de 1264 histerectomías realizadas en la Sección de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios". Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1973.
4. HERTIG, Arthur and Hazel Mansel. Atlas of tumor pathology tumor of the female sex organs, part two tumor of vagina, and uterus.

- Washington Institute of An-
med. Forces Armed of pa-
thology, 1956. pp. 234-235.
5. HYAMS, L. M. When to hospitaliza for fibroid
tumors. Hospital Practice.
73: 76-80, Jun. 1969.
6. INGERSOLL, F.M. Benign and malignant uteri
ne tumors. Hospital Medici
ne 5 (2): 6-17, Feb. 1969.
7. NOVAK, E.R. Tratado de ginecología. Trad. -
por Alberto Folch y Pi. 8a.
Ed. México, Interamerica
na, 1971, pp. 362-77.
8. ROBBINS, S.L. Tratado de Patología, Trad. -
por Homero Vela Treviño.
3a. Ed. México, Interame
ricana, 1968, pp. 1030-32.
9. ROVINSKY, J. J. and GUTTMACHER, A. F.
Medical, surgical, and gy-
necologi complications of
pregnancy. 2a. Ed. Baltimo
re, The Williams and Wil
kins Company, 1965. pp. -
366-372.

10. SHWARCZ, R. et. al. Obstetricia. 3a. ed. Bue
nos Aires. El Ateneo, 1970.
pp. 465-67.

Br. Salvador López Mendoza

Dr. Victor Hugo González A.
Asesor

Dr. Homero I. De León M.
Revisor

Dr. Julio De León
Director de la Fase III

Dr. Mariano Guerrero
Secretario

Dr. Carlos Armando Soto
Decano