

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FIBROMATOSIS UTERINA
REVISION DE LOS AÑOS 1977-78-79 EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN

ALVARO HUGO RECINOS VASQUEZ



V

PLAN DE TESIS

	Página
1. INTRODUCCION	1
2. OBJETIVOS	2
3. HIPOTESIS	3
4. MATERIAL Y METODOS	4
5. ANTECEDENTES	5
6. REVISION DE LITERATURA	6
7. RESULTADOS	13
8. CONCLUSIONES	17
9. RECOMENDACIONES	18
10. BIBLIOGRAFIA	19

INTRODUCCION

La FIBROMATOSIS UTERINA O MIOMAS UTERINOS: es una degeneración de células jóvenes o inmaduras cuyo origen es el tejido muscular liso del útero.

El presente trabajo investigará, qué raza tiene la mayor incidencia en nuestro país, ya que poseemos tres tipos de razas: Indígena, Ladina y Negra en una minoría. También investigaremos cuál es la década de la mujer, en que se presenta con mayor frecuencia.

Dados los múltiples casos de fibromatosis uterina que he podido observar en mis años de estudiante y por la carencia de estudios de este tipo, en este Hospital Departamental, nace mi inquietud de realizar mi trabajo de tesis sobre este tema, para que en el futuro haya una fuente digna y veraz de los datos sobre esta entidad patológica, la cual espero pueda servir con el tiempo de fuente de consulta para estudiante y/o médicos en general que quieran profundizar sobre el tema y conocerlo como realidad nacional.

Este trabajo será una revisión de todos los casos de Fibromatosis Uterina, tratados en el Hospital Nacional de Amatlán, durante tres años (1977 a 1979), para lo cual se tomarán los siguientes parámetros: Edad, Raza, Motivo de Consulta, Antecedentes Gineco-Obstétricos (gesta, partos, abortos, menarquía, última menstruación). Legrados y resultados de patología que en algunos casos se efectúe biopsia.

OBJETIVOS

GENERALES:

1. Aportar un trabajo significativo al Hospital Nacional de Amatlán, que permita conocer la prevalencia y el diagnóstico correcto de Fibromatosis Uterina.
2. Fomentar en mi persona el buen hábito de la investigación.
3. Cumplir con los requisitos de elaboración de tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
4. Profundizar nuestros conocimientos sobre Fibromatosis Uterina.

ESPECIFICOS:

1. Investigar en qué década de la vida es más frecuente la Fibromatosis Uterina en la mujer.
2. Investigar cuál es la raza que presenta más frecuentemente Fibromatosis Uterina en la mujer.
3. Investigar el grado de incidencia de Fibromatosis Uterina en el Hospital Nacional de Amatlán.
4. Investigar que motivo tuvo, para buscar asistencia médica, además de los antecedentes gineco-obstétricos más comunes entre ellas (gestas, partos, abortos, menarquía, última menstruación, legrados, etc.)

HIPOTESIS

LA FIBROMATOSIS UTERINA SE PRESENTA CON MAYOR PREVALENCIA EN LA RAZA LADINA Y CON MAS FRECUENCIA EN LA TERCERA DECADA DE LA VIDA.

MATERIAL:

El material a utilizar en la presente investigación van a ser todos los casos registrados y tratados de Fibromatosis Uterina en el Hospital Nacional de Amatlán, en el período que comprende de 1977 a 1979.

METODO:

El método que se usará en el inductivo, ya que de hechos particulares, como lo son revisión retrospectiva de estadísticas, estableceremos reglas generales como lo son las conclusiones y recomendaciones y así podremos establecer si nuestra hipótesis es positiva o nula.

RECURSOS HUMANOS:

1. SUPERVISOR: Dr. Mario Gil Ch.
2. ASESOR: Dr. Mario Hugo Solórzano R.
3. 20 Médicos y Cirujanos del Hospital
4. 12 E.P.S. Hospitalario
5. 1 Auxiliar de Farmacia
6. 1 Lic. de Química Biológica
7. 3 Estudiantes de Trabajo Social
8. Personal de Enfermería
9. 3 Técnicos de Rayos X
10. 5 Laboratoristas
11. Ejecutante del Trabajo

RECURSOS FISICOS:

1. Antecedentes de tesis anteriores
2. Bibliografía nacional y extranjera sobre Fibromatosis Uterina
3. Fichas médicas de pacientes
4. Libros estadísticos (sala de operaciones, sala de gineco-obst

ANTECEDENTES

En un estudio realizado de 1968 a 1977 en el Departamento Patología de los Hospitales San Juan de Dios e I.N.C.A.N., vestigó que la edad promedio de la presencia de tumores mesenquimales del útero en pacientes fue de 56.66 años, que comparada con la temperatura extranjera fué mayor.

Otro estudio de Leiomiomatosis Uterina realizado en el Hospital Roosevelt de 1972 a 1977, se encontró que el grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre los 40 y 44 años, representando así: Intramurales 15.16%; Submucosos 8.7% y Subserosos 2.9%, que el grupo social Ladino fue el más afectado por este proceso plásico.

CARACTERISTICAS GENERALES

FIBROMATOSIS UTERINA:

También llamados miomas, fibromiomas o fibromas: es el tumor más frecuente en el útero, se observa en un 20 % de las mujeres que pasan de los 35 años o sea que suelen aparecer en la segunda mitad de la vida menstrual, aunque se ha observado en edades más tempranas, siendo de mayor frecuencia en la raza negra, en quienes se ha observado por debajo de los 30 años.

Estos tumores no suelen presentarse después de la menopausia y los que ya existen disminuyen de tamaño, aunque no desaparecen y cuando aparecen después de la menopausia, es señal de que hay una degeneración secundaria y esto debe hacernos sospechar en transformaciones sarcomatosas.

Su tamaño varía, ya que puede ser microscópico o suficientemente voluminoso para ocupar todo el abdomen.

Estos tumores pueden ser únicos, pero casi siempre suelen ser múltiples. En el corte los tumores macizos tienen aspecto blanco brillante con una imagen característica en remolino.

Su imagen histológica suelen ser células musculares lisas, fusiformes, dispuestas entrelazadamente o en espiras, entremezclados con cantidad variable de tejido conectivo y material hialino.

No hay cápsula verdadera, pero las fibras comprimidas forman una pseudocápsula.

LOCALIZACION.

Las localizaciones pueden ser en el cuello o en el cuerpo del

útero, siendo la del cuello la localización de tumores más frecuentes.

TIPOS DE MIOMAS EN EL UTERO:

Estos se dividen en tres grupos:

a) LOS TUMORES SUBMUCOSOS:

Estos se desarrollan inmediatamente por debajo del endometrio, es uno de los tumores que es más propenso que las otras dos variedades restantes en producir hemorragias profusas y necesitan histerectomía aunque sean pequeños.

b) LOS TUMORES INTERSTICIALES O INTRAMURALES:

Estos son los que se encuentran situados en la pared muscular del útero.

c) LOS TUMORES SUBSEROSES O SUBPERITONEALES:

Son tumores que se desarrollan entre los pliegues del ligamento ancho y éstos pueden llegar a separarse totalmente del útero.

CAMBIOS SECUNDARIOS EN EL MIOMA:

1) Esta puede afectar extensas zonas del tumor o puede presentarse a manera de hebras y largas columnas que se comunican entre sí y parecen desgarrar los haces musculares.

2) DEGENERACION QUISTICA:

La degeneración hialina tiene tendencia a la licuación; en casos extremos prácticamente todo el tumor primitivo sufre un proceso similar, convirtiéndose en una enorme cavidad quística.

3) CALCIFICACION:

En casos extremos el mioma puede convertirse en una masa dura, de consistencia pétrea.

4) INFECCION Y SUPURACION:

Esto se presenta sobre todo en los miomas de variedad submucosos.

5) NECROSIS:

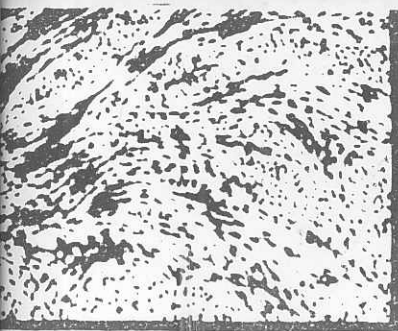
Se debe por lo general a trastornos de riego sanguíneo o infección grave.

6) DEGENERACION GRASOSA:

Es una avanzada degeneración hialina con extensas áreas grasosas y se debe a que el tumor sea tipo mixto.

7) DEGENERACION SARCOMATOSA:

Es el cambio de un mioma que se puede transformar en un tumor maligno. En este mioma son más frecuentes las metástasis.



HISTOLOGIA DEL FIBROIDE

INTERSTICIAL
(INTRAMURAL)

SUBSeroso

SUBSeroso
PEDUNCULADOSUBSeroso
DESPLAZANDO
LA TROMPASUBMUCOSO
PEDUNCULADO

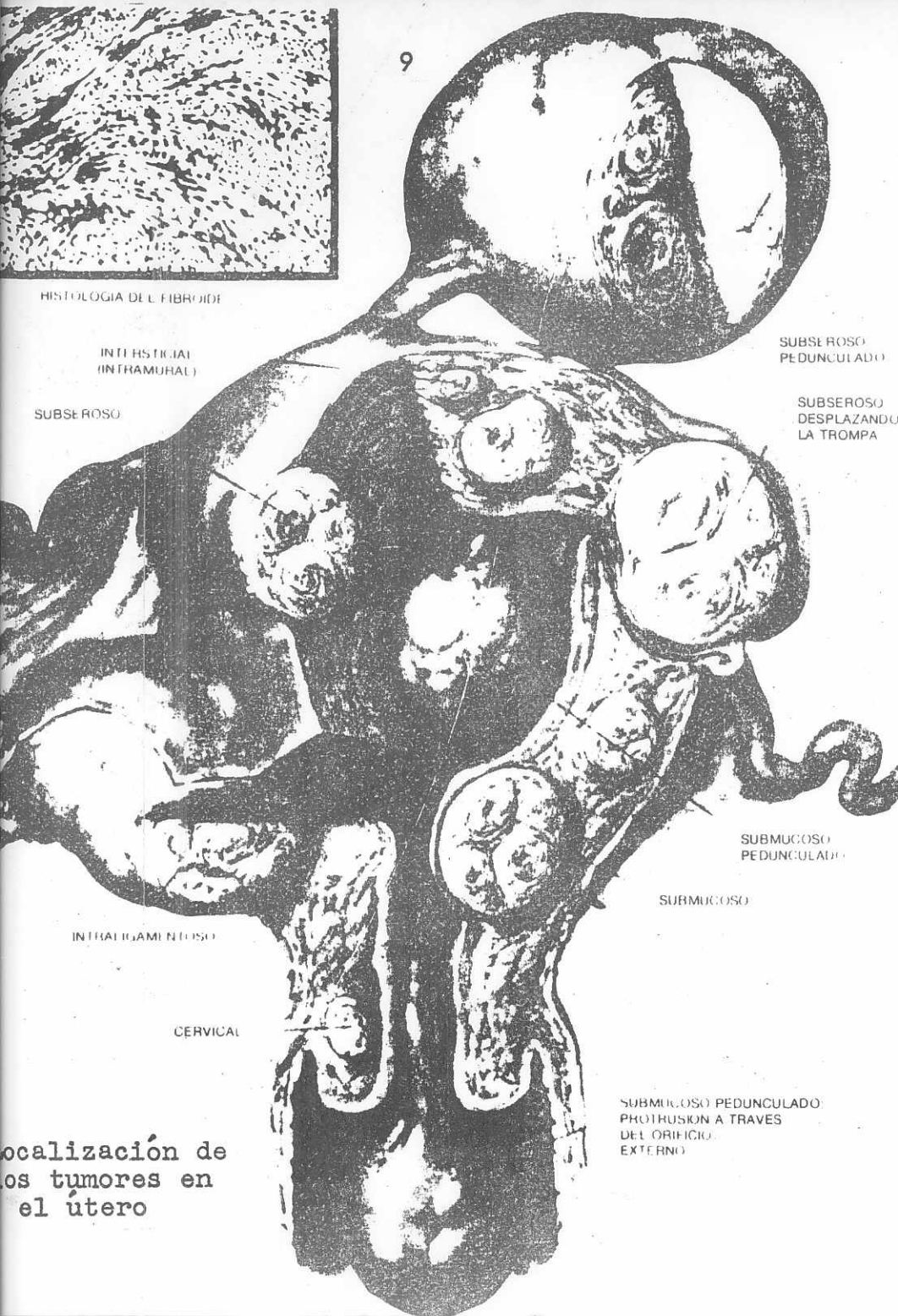
SUBMUCOSO

INTRALIGAMENTOSO

CERVICAL

SUBMUCOSO PEDUNCULADO:
PROTRUSION A TRAVES
DEL ORIFICIO
EXTERNO

Localización de
los tumores en
el útero



ETIOLOGIA E HISTOLOGIA:

Nada se ha definido acerca de su etiología, aunque histológicamente se cree que proceden del tejido muscular liso. Algunos investigadores sostienen la opinión de Mayer, quien sostiene que es una degeneración de células jóvenes o inmaduras cuyo origen es el tejido muscular liso del útero.

El crecimiento de estos tumores dependen de la presencia de estrógenos en el organismo, entre ellos los de síntesis que llevan los anticoncepcionales bucales.

Se ha observado que al cesar la secreción estrógenica en la menopausia, la atrofia constituye una regla casi invariable, y si después de la menopausia, continuara su crecimiento ocurre la posibilidad de una transformación maligna o si fuera benigna en la edad postmenopáusica, se podría pensar en la posibilidad de una producción de estrógenos durante el climaterio; ya sea en los ovarios o en otro lugar, tal como células lutiformes.

SINTOMAS Y SIGNOS:

La mera presencia del mioma no presenta sintomatología. Entre los que se pueden mencionar tenemos:

1) TUMORACION PALPABLE:

Si se trata de un tumor de gran tamaño, hay un aumento general de todo el abdomen.

2) HEMORRAGIA:

La hemorragia anormal, generalmente cíclica, pero profusa y duradera por la regular depende de tumores submucosos que deforman el endometrio suprayacente y dificultan los mecanismos hemostáticos normales.

3) DOLOR:

El dolor a la palpación suelen estar causados por la degeneración o trastornos de riego sanguíneo y que de lo contrario casi siempre no hay dolor.

4) EFECTOS DE LA PRESION:

Los miomas muy voluminosos ejercen presión sobre la vejiga, produciendo irritabilidad vesical, aumentando la frecuencia de micciones, disuria, retención de orina debido al bloqueo de la uretra, hasta llegar a provocar lesión de las vías urinarias. A nivel del recto presenta estreñimiento y dolor al defecar. Cuando se difunden hasta la parte superior del abdomen, suelen provocar trastornos digestivos y cuando comprimen las cavas o las venas ilíacas edemas en las extremidades inferiores.

5) SINTOMATOLOGIA SECUNDARIA:

Como anemia, debilidad, lasitud cefalea y aliento corto.

MIOMAS EN EL EMBARAZO UTERINO.

Estos tumores en el embarazo pueden presentar varios problemas como: disminuir la posibilidad de concepción, incrementar la probabilidad de aborto, con la influencia del embarazo puede aumentar y provocar síntomas de compresión, distocias graves cuando se sitúan en el segmento inferior o el cuello, favorecen la producción de presentaciones anormales, pueden interferir en la contracción intrauterina que llega a provocar inercia, si son submucosos o intersticiales dificultan el desprendimiento de la placenta y pueden sufrir cambios degenerativos como: degeneración carnosa que en el embarazo se presenta con sintomatología de dolor, febrícula y leucositosis, esto casi siempre se presenta en segundo trimestre, en el primer trimestre son más frecuentes los abortos y en el tercer trimestre pueden causar hemorragia prematura, inercia uterina o bloqueo mecánico de las vías genitales.

También puede ser que el embarazo sea parto normal o sea que estos tumores no influyan en el embarazo. También se puede recordar que estos tumores puedan aumentar mucho en el embarazo y disminuir después del parto.

Algunos investigadores aconsejan la miomectomía, pero no aseguran el embarazo y la frecuencia de embarazos después de la miomectomía es de un 25 a 40 %.

Si se presentan síntomas graves, la intervención puede posponer después del parto ya que el tumor puede modificarse y resulta innecesaria la operación.

También podría ser que se presentaran miomas bastante grandes y su degeneración roja sea extensa, su tratamiento sería cesaria-histerecto.

TRATAMIENTO DE LOS MIOMAS UTERINOS:

El tratamiento de los miomas debe individualizarse, ya que algunos tumores no necesitan tratamiento si son pequeños y asintomáticos, solo se justifica con realizar exámenes periódicos cada seis meses y cuando la función menstrual cesa, el mioma raramente causa dificultad y muchas veces involuciona.

Si la paciente es joven y desea tener más hijos y presenta leiomiomas asintomáticos, la miomectomía múltiple es procedimiento útil. Ahora en los miomas voluminosos o que causan síntomas graves en la mujer que ha completado la vida reproductora el tratamiento sería histerectomía.

RESULTADOS

CUADRO No. 1

Fibromatosis Uterina en relación a los años 1977-78-79

Años	No.	%
1977	38	33.33
1978	39	34.21
1979	37	32.45
TOTAL	114	100.00

CUADRO No. 2

Fibromatosis Uterina en relación con grupos etáreos

Edad	No.	%
15-25 años	5	4.40
26-35 años	25	21.90
36-45 años	48	42.10
46-55 años	31	27.19
56 - años	5	4.40
TOTAL	114	100.00

CUADRO No. 3

Fibromatosis Uterina en relación con grupo social.

Raza	No.	%
LADINA	90	78.94
INDIGENA	24	21.06
TOTAL	114	100.00

CUADRO No. 4

Fibromatosis Uterina en relación con grupo que presentaron Hemorragia

Síntoma	No.	%
SI	46	40.35
NO	68	59.65
TOTAL	114	100.00

CUADRO No. 5

Fibromatosis Uterina en relación con grupos que presentaron Abortos

Antecedentes	No.	%
SI	64	56.14
NO	38	33.33
NO REPORTADAS	12	10.53
TOTAL	114	100.00

CUADRO No. 6

Fibromatosis Uterina en relación con la Menarquía

Edad	No.	%
11 años	1	0.87
12 años	5	4.39
13 años	36	31.58
14 años	29	25.43
15 años	17	14.91
16 años	7	6.14
NO Reportadas	19	16.66
TOTAL	114	100.00

CUADRO No. 7

Fibromatosis Uterina en relación con grupos que presentaron
o no embarazo

Antecedente	No.	%
SI	73	64.03
NO	14	12.28
NO REPORTADAS	27	23.69
TOTAL	114	100.00

CUADRO No. 8

Fibromatosis Uterina en relación con medios diagnósticos

Diagnóstico	No.	%
CLINICO	89	76.32
PATOLOGICO	25	23.68
TOTAL	114	100.00

CONCLUSIONES

1. El porcentaje de pacientes que presentaron esta enfermedad, casi no es mucho su diferencia entre uno y otro año.
2. En los pacientes que presentaron fibromatosis uterina, la tercera década de vida fué la que presentó mayor porcentaje (42.10%) y la que le seguía era la cuarta década (27.19%).
3. El grupo social más afectado por la fibromatosis uterina fué el ladino.
4. El mayor porcentaje que presentaron fibromatosis uterina, no presentaron hemorragia.
5. Fué mayor la incidencia de abortos que presentaron estas neoplasias.
6. Estas neoplasias se presentan más frecuentemente en pacientes que tuvieron su primera menstruación a los trece años.
7. Fué mayor la incidencia de este proceso neoplásico, en pacientes que presentaron embarazos que los que no presentaron.
8. El medio diagnóstico previo al tratamiento quirúrgico, el más practicado fué el clínico.

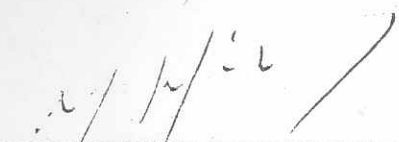
RECOMENDACIONES

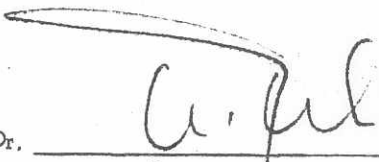
1. Que para hacer una histerectomía deba tomarse en cuenta la edad del paciente, número de embarazos y hacer énfasis en la opinión del paciente.
2. Que a todo paciente que presenta fibromatosis uterina, clínicamente deba realizársele sus exámenes de patología.

BIBLIOGRAFIA

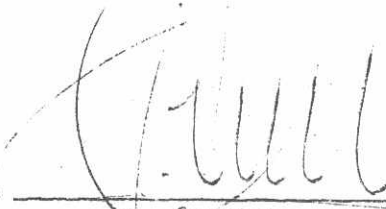
1. Novak, Jones y Jones, Tratado de la Ginecología traducido al español por: Dra. Alejandra Teran, 9a. Edición México, Ediciones Interamericana.
2. Williams Obstetricia, 1a. Ediciones México. Ediciones Olimpia S.A. 1973.
3. Tratado de Patología Quirúrgica de Davis-Christopher. Décima Edición, Ediciones México, Ediciones Interamericana.
4. Ginecología Operatoria, 4a. Edición, Editorial: Bernades Buenos Aires - Argentina, Autores: T. Linde y Mattingly, Traductores: Manuel Balaguer y Alejandro Elola, Revisión: Antonio Foix.
5. T1674 Hernández Vásquez, José Antonio, Tumores Mesenquimatosos del Utero, Revisión de 18 casos encontrados en el Departamento de Patología de los Hospitales: San Juan de Dios e Incan, 1968 - 1977.
6. T1491 Díaz Velásquez, Ada Florilda, Tumores del Utero en Niñas, Revisión de 10 años retrospectivos de los Hospitales de mayor afluencia de la ciudad de Guatemala. 1976.
7. T1975 Ramírez Cabrera, Luis, Leiomiomatosis Uterina, su Incidencia en el Hospital Roosevelt. Estudio retrospectivo de 5 años que comprenden del mes de marzo de 1972 a febrero de 1977, revisión de 1391 histerectomías practicadas durante ese período, en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.

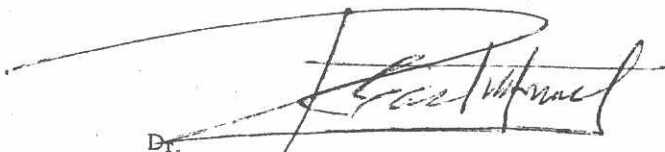
Br. 
Alvaro Hugo Recinos Vasquez

Dr. 
Asesor.
Mario hugo Solorzano R.

Dr. 
Revisor.
Mario Gil CH.

Dr. 
Director de Fase III
Carlos A. Waldheim C.

Dr. 
Secretario
Raul A Castillo R.

o, Bo.
Dr. 
Decano.
Rolando Castillo Montalvo