



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

11217  
187

División de Estudios Superiores  
Facultad de Medicina

**"FIBROLEIOMIOMAS UTERINOS"**

REVISION DE 2 AÑOS

**TESIS DE POSTGRADO**

Para obtener el Título de  
Especialista en Ginecología y Obstetricia

P r e s e n t a

Dr. José Francisco Navarro Zamudio

C. H. "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E.

México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

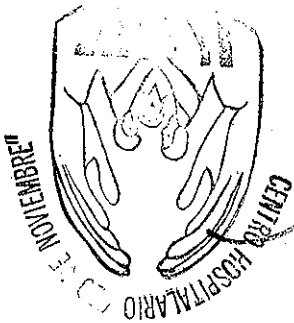
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*David Nieto*

*Miguel*  
*1000*

JEFATURA  
DE ENSEÑANZA



*Elvira*

~~Handwritten signature~~

## INDICE

¿Que sentido tendría la vida si  
careciéramos de valor para emprender nada? V. Van Gogh.

	Pags.
Introducción.....	1
Objetivos.....	3
Antecedentes y Generalidades.....	4
Material y métodos.....	36
Resultados.....	38
Análisis y comentarios.....	58
Conclusiones.....	70
Bibliografía.....	74

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1

### INTRODUCCION

El hombre sufre cierta aversión hacia la realidad, cualquiera que ella sea. Frente a su propia obra, grande o minúscula siente su pequeñez y exagera su impotencia. Todos los horizontes alcanzados son, ante su juicio, demasiado estrechos para contener sus ambiciones, y cuando máspreciado es el fruto obtenido más exigentes se vuelven sus deseos. En lenguaje matemático podría afirmarse que la magnitud de la obra de un hombre siempre está en razón inversa de su satisfacción. Y si de ésto hay excepción, culpa la tienen los mediocres. Por su parte los psicoanalistas, indiscretos arqueólogos de la conciencia, cuentan con razones suficientes para asegurar que la inconformidad se origina en complejos de superioridad y de inferioridad; aunque quizá fuera más simple explicar la eterna insatisfacción del hombre tomando en cuenta la fuerza y calidad de su imaginación.

El presente trabajo no pretende ser nuevo ni espectacular, ya que el tema en que se basa no tiene esas características. Fué una búsqueda que si bien se encontró con las dificultades propias de quien intenta un nuevo aporte de datos y conocimientos, también se vió enriquecida con el interés y entusiasmo para ser presentada como tesis receptional de postgrado.

Las tumoraciones benignas constituidas por musculatura lisa con un estroma conjuntivo en cantidad variable son los tumores del útero más frecuentes, mismo que se presentan con extraordinaria frecuencia en la etapa de madurez sexual de la mujer y que la experiencia demuestra que el cuadro clínico de esta enfermedad recorre una amplia gama de variedades que va desde la ausencia total de síntomas hasta la presencia de episodios extremadamente aparatosos y graves, así como los dife-

rentes métodos de diagnóstico y conductas múltiples de tratamiento, frecuentemente terminando en la pérdida irreversible de la capacidad de reproducción y la pérdida definitiva de la función menstrual, aspecto que estamos obligados a considerar a cualquier edad, pero muy especialmente en las pacientes jóvenes para quienes el efecto psicológico puede ser trascendente y con seguridad más importante de lo que pudiera pensarse.

Es evidente e inexplicable que durante los últimos años se le haya dado tan poca importancia a este padecimiento, a pesar de su elevada frecuencia en nuestro medio, causa frecuente de esterilidad e infertilidad, y su importante relación oncogénica, quebrantando el equilibrio bio - psico - social de las pacientes. Mediante la investigación de esta enfermedad podremos reconocer su frecuencia real en nuestro universo de trabajo, los métodos de diagnóstico con que se cuenta hasta la actualidad y los diferentes modelos de tratamiento que se ofrecen a nuestras enfermas, además de guiarnos hacia la unificación de criterios de estudio diagnóstico y de terapéutica integral adecuada, para la detección temprana del trastorno y la reducción de su amplia morbilidad.

OBJETIVOS

- 1.- Analizar los casos de fibroleiomiomas uterinos que fueron visto en la consulta de Ginecología en el C.H. 20 de Noviembre ISSSTE, en el período comprendido del 1o. de julio de 1981 al 30 de junio de 1983.
- 2.- Conocer aspectos epidemiológicos como frecuencia absoluta, edad de aparición, menarca, inicio de vida sexual, -paridad, métodos de control de la fertilidad, etc.
- 3.- Determinar los factores de riesgo que predisponen a la aparición de este padecimiento.
- 4.- Identificar la diversa sintomatología y signología que -condiciona esta enfermedad, así como su interferencia --con la fertilidad, mencionandose las más frecuentes como causa de consulta.
- 5.- Exponer los métodos de diagnóstico utilizados hasta la -actualidad, con descripción de los específicos y confia- bles, haciendose correlación con resultados de histopatología postquirúrgica.
- 6.- Mencionar las diversas conductas de manejo establecidas, tanto conservadoras como quirúrgicas, técnica de las mismas, complicaciones y resultados, así como su compara---ción estadística con otras instituciones nacionales e internacionales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



" FIBROLEIOMIAS UTERINOS "

Las tumoraciones constituidas por musculatura lisa con un estroma conjuntivo en cantidad variable son los tumores del útero humano y del tracto genital femenino más frecuentes. Las distintas nomenclaturas pueden ser causa de confusión. Los patólogos de los países de lengua alemana hablan de leiomioma, el médico de mioma. Los anglosajones dan a las mismas tumoraciones la denominación de fibroide, miofibroma o fibroleiomioma. Fibroleiomioma, es la palabra más exacta, puesto que implica un tumor benigno de punto de partida muscular con participación de tejido fibroso (34,39,43,54).

Frecuencia.

Las cifras sobre la frecuencia absoluta del fibroleiomioma del útero experimentan notables oscilaciones. Por término medio, su frecuencia se calcula en un 15-20% de las mujeres que pasan de los 35 años de edad, aunque la frecuencia citada a menudo de un 50% en las autopsias parece razonable, además de representar la indicación de una tercera parte de todas las operaciones ginecológicas.

La frecuencia relativa, es decir, el número de enfermas con fibroleiomioma en relación con el número total de enfermas ginecológicas, se cifra en un 3-5% (7,8,34,39,43,50,54).

Es bien sabido que su frecuencia es mucho mayor en las mujeres de raza negra que entre las blancas, pero no existe ninguna explicación fisiológica de esta diferencia. Durante la década pasada, se registró un notable aumento en la frecuencia de los grandes fibroleiomiomas en las mujeres jóvenes de cualquier origen racial, que durante un cierto tiempo ingirieron anticonceptivos orales que contienen estrógeno. La observación de este fenómeno fortalece el concepto acerca del papel del estrógeno como estimulante de estos tumores (8,13,28,49,50).

Distribución por edades.

Estos tumores se desarrollan casi exclusivamente en el período de madurez sexual, y se ponen en especial de manifiesto desde el punto de vista clínico, durante la segunda mitad de la vida menstrual, presentando una preferencia especial -- por las edades preclimatéricas. Aproximadamente un 80 por -- ciento de las enfermas con fibroleiomioma se encuentran entre los 30-50 años de edad. No se han observado fibroleiomiomas antes de la pubertad, y solo excepcionalmente antes de los 20 años de edad; tras la aparición de la menopausia el crecimiento del mioma suele detenerse. La atrofia de elementos musculares da lugar incluso a cierto grado de retracción del tumor (7,34,44,50).

PECULIARIDADES DE LA ESTRUCTURA FUNCIONAL EN EL MIOMETRIO.

El plan estructural funcional del miometrio se basa esencialmente en dos sistemas musculares superficiales que se -- cruzan entre sí comparables a espirales en muelle de reloj o a un tipo de enrejado, que se irradian hacia las fibras de los ligamentos de sostén. Además en el miometrio, se encuentran zonas de muy distinta densidad celular. Existen tramos oligo celulares, pero al mismo tiempo ricos en plasma y fibrillas, es decir, tramos más claros con la tinción acostumbrada, y -- otros tramos ricos en células, pero al mismo tiempo más po--- bres en plasma y fibrillas, es decir, tramos más oscuros con la tinción habitual. La musculatura oscura que antes de la -- pubertad se encuentra en una tira mucosa y subserosa delgada desaparece con la madurez sexual y reaparece en la menopau--- sia. El útero senil está formado única y exclusivamente por miometrio oscuro. Las estructuras funcionales descritas (la forma en espiral y ambas formas de manifestación de las células musculares) reaparecen de una forma característica en los fibroleiomiomas. Piringer-Euschinka ha llamado la atención -- sobre el hecho de que existen formas claras y oscuras de fi-- broleiomiomas, raras veces también formas mixtas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CONCEPTOS REFERENTES A LA ETIOLOGIA.

En la época de Virchow se creía que en todos los casos el fibroleiomioma no era más que una auténtica formación tumoral local de causa también local. A finales del siglo pasado se empezó a ver en la formación del fibroleiomioma la expresión de un trastorno superior de la "regulación hormonal". -- Hasta el momento sigue vigente esta orientación. En ocasiones se sostuvo también la opinión de que la génesis del fibroleiomioma tenía por base un "hiperestrinismo". Una serie de resultados experimentales anatómicos, funcionales en animales de prueba parecieron justificar al principio este concepto, pero todavía no se ha llegado a su comprobación. La fibroleiomatosis experimental del cobayo apenas tiene relación alguna con la enfermedad en la mujer. Estudios sobre el metabolismo de las hormonas esteroideas en las enfermas con fibroleiomiomas podrían contribuir tal vez a la interpretación de la patogenia de estos tumores, en el caso que tales enfermas presenten una tendencia a la retención o una excreción más -- lenta o irregular de estrógenos. Sin embargo, puesto que sólo conocemos en parte el mecanismo de acción, la biosíntesis y el metabolismo de las hormonas esteroideas, la interpretación de algunos resultados experimentales parece todavía problemática. (8,13,27,28,34,42,44).

Desde el punto de vista puramente etiológico se ha discutido y sigue discutiéndose el papel de las infecciones ya remitidas o en período de latencia, la hiperemia de los órganos de la pelvis, los estímulos sexuales, sobre todo trastornos de la vida sexual y partos precedentes, pero sin que dichas -- discusiones hayan contribuido mucho a una aclaración.

Como factores generales de la patogenia del fibroleiomioma se consideran la "constitución, herencia y raza".

Hasta ahora tampoco se ha conseguido un resultado claro en el intento de relacionar determinados tipos constitucionales con la génesis del fibroleiomioma.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Existe una amplia serie de observaciones relativas al problema de la posibilidad de herencia del fibroleiomioma uterino.- Reiteradamente se ha llamado la atención sobre la posibilidad de una ocasional incidencia familiar de estos tumores. Hanhart considera probable la existencia de un gen transmisible por herencia, cuya mutación da lugar a la formación de tumores en la musculatura del útero. Algunos piensan en la transmisión por herencia de cierta predisposición, y por consiguiente en un factor colaborador en el complejo de las condiciones generales.

Llama la atención la insólita frecuencia con que aparecen fibroleiomas en la población femenina americana de raza negra. Según señalan los resultados de estudios muy amplios, en las mujeres americanas negras el fibroleiomioma se presenta con una frecuencia de tres a nueve veces superior a la observada en mujeres blancas de los mismos grupos de edad.

Hasta el momento falta la valoración de una amplia caustística desde los puntos de vista estadísticos, sobre todo medicosociales. De tal valoración cabe esperar importantes resultados. Muchos clínicos comparten la opinión de que tanto el carcinoma cervical como el útero con fibroleiomas, por una parte, y el útero con fibroleiomas y la anexitis, por otra, sólo coinciden en casos excepcionales, mientras que por el contrario lo hacen con frecuencia la anexitis y el carcinoma cervical, así como el útero con fibroleiomas y el carcinoma del cuerno uterino.

El hecho de que en la actualidad se siga desconociendo prácticamente la etiología del fibroleiomioma del útero pone de manifiesto la falta de interés por una investigación dirigida, a pesar de tratarse de una enfermedad frecuente en nuestro medio. (8,34,37,44,49,58,65).

#### POSIBILIDADES HISTOGÉNICAS.

La pregunta relativa al punto inicial de los fibroleiomas y de sus células madre ha encontrado muy distinta res-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

puesta en el transcurso del tiempo. En la actualidad las opiniones siguen todavía divididas.

Virchow y su discípulo Runge ven en cualquier célula muscular el posible punto de origen de un fibroleiomioma. En los tumores pequeños encontraron células redondas de distinto tamaño y formas de transición desde éstas a las células fusiformes y fibrosas, pero sin poder interpretar la procedencia de estas células como tejido conjuntivo o muscular. Otros suponen como punto de partida inicial de los fibroleiomiomas a la musculatura y la adventicia de las pequeñas arterias. Desde un punto de vista histórico, se comprende, finalmente, que durante largo tiempo se haya especulado con el concepto de diseminaciones germinales fetales.

En la actualidad puede seguirse concediendo validez, en la mayoría de los casos, a la hipótesis de R. Meyer, quien -- considera que el punto de partida se encuentra en células musculares inmaduras, no en células de la pared muscular vascular. Estas células musculares inmaduras no deben encontrarse encapsuladas en tejido conectivo o interfascicular, sino incluidas en haces musculares con cierta preferencia por aquellos que se encuentran en las vecindades de los vasos de mayor calibre.

En el trascuurso de los dos últimos decenios apenas se -- ha publicado algún trabajo de importancia sobre el problema -- de la histogénesis del fibroleiomioma. Sólo Hormann ha presentado a discusión un nuevo concepto sobre la génesis tumoral. Según este autor, los fibroleiomiomas del útero no se originan, como se ha supuesto hasta el momento, en cualquier -- punto del órgano, sino en la línea central del mismo.

Los estudios de Miller y Ludovici han utilizado cultivos tisulares para diferenciar y observar el crecimiento de mio--blastos y fibroblastos. Estos autores también han publicado los resultados de estudios de la función de la anovulación -- frecuente en los fibroleiomiomas, y creen que es la anovula--ción, y no el tumor en sí, la que puede conducir al problema--común de la esterilidad. (8,11,25,44,58).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CARACTERISTICAS GENERALES.

El tamaño de los miomas es extremadamente variable. Pueden aparecer como diminutas masas microscópicas o alcanzar -- grandes proporciones. No suelen llegar al enorme tamaño y peso de los ocasionales quistes ováricos gigantes, pero se conocen pesos de 45 kg o más. Los tumores pueden ser "únicos" o, más frecuentemente, "múltiples".

La posición de los tumores en el útero pueden ser "corporal" (70%) o, "cervical" (5-10%), además de "intra~~ligamen~~---tarios" (3%) o de localizaciones combinadas (17%). Cuando -- el tumor es cervical, la pared posterior del cuello es su localización más común, aunque la pared lateral y anterior también puede estar afectada. Cuando el tumor cervical crece -- hacia adelante desplaza a menudo a la vejiga y toca a la uretra, con la consiguiente retención de orina. Los grandes tumores cervicales presentan difíciles problemas quirúrgicos -- porque la masa cervical está impactada en la pelvis de modo -- que su remoción es técnicamente difícil y entraña el peligro de dañar a estructuras tan importantes como los uréteres y -- vejiga.

Los tumores corporales suelen subdividirse en las variedades: subserosa (20%), intramural o intersticial (70%) y --- submucosa (5%), según que se localizen inmediatamente por debajo de la pared serosa, en la pared muscular, o, inmediata-- mente por debajo de la mucosa, respectivamente.

Los tumores subserosos pueden presentarse como excrescencias nudosas o como masas con pedículos definidos, así llamados miomas pediculados. No pocas veces los tumores laterales pueden extenderse hacia afuera entre los pliegues del ligamento ancho. Estos tumores intraligamentarios, si son grandes, pueden avanzar mucho hacia afuera y formar masas retroperitoneales.

El omento o epiplón se adhiere con frecuencia a los tumores subperitoneales, especialmente si hay inflamación pelviana asociada. Así los tumores adquieren una irrigación sanguí

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

nea asociada del epiplón adherente. De este modo el tumor -- puede separarse totalmente del útero con el omento interpuesto y convertirse en un tumor sólido flotante que recibe toda su irrigación sanguínea nutriente del epiplón. Este es el tipo parasitario de mioma, relativamente raro, que puede dar lugar a interesantes problemas clínicos. Puede producirse -- ascitis, debido al aumento de transudación por torsión parcial y obstrucción de los vasos epiplónicos, pero paradójicamente, sin la frecuencia con la cuál el fibroma ovárico puede coexistir con ascitis e hidrotórax (síndrome de Meigs).

Los tumores intramurales pequeños pueden no causar alteraciones en el contorno del útero. Si son más grandes, producen agrandamiento del órgano y le dan un contorno nodular. En la mayoría de estos casos, además, algunos tumores intersticiales se hacen subserosos o submucosos, tendencia de los tumores intramurales al aumentar de tamaño.

Aunque los tumores submucosos constituyen el grupo menos frecuente son quizá clínicamente el más importante y pueden considerarse como un grupo bastante específico. Mientras que otros miomas alcanzan gran tamaño, a menudo sin sintomatología, un tumor pequeño de localización submucosa puede entrar en contacto con los vasos sanguíneos del endometrio, provocando abundante hemorragia. Al aumentar de tamaño proyectan una forma de bóveda en la cavidad uterina, tocando la pared uterina opuesta con marcada distorsión y agrandamiento de la cavidad del útero. Lo mismo que en la variedad subserosa, muchos ejemplos del grupo submucoso forman pedículos que pueden hacerse tan largos que los tumores irrumpen en el cérvix o en la vagina y hasta más allá del orificio vaginal (mioma submucoso pediculado). Infección y ulceración acompañan comunmente a estos tumores, y los trastornos circulatorios que causa la -- constricción del pedículo pueden ocasionar esfacelo y necrosis. "Ara vez puede haber inversión uterina. (7,8,34,35,43,44,50,65).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ASPECTOS MACROSCÓPICOS Y MICROSCÓPICOS.Patología macroscópica.

La apariencia macroscópica de los nódulos es muy firme, de modo que pueden palparse fácilmente en la pared más blanda del útero, aunque no son visibles. Pueden ser muy duros, como piedras, cuando la calcificación es marcada; también pueden ser blandos o elásticos en otras formas de degeneración.

Es particularmente característico el aspecto de la superficie de corte, de color blanquecino-rosado, como puede esperarse por la mala irrigación sanguínea de estos tumores. La superficie presenta un característico aspecto trabecular de remolinos. En los tumores más grandes, especialmente, este cuadro puede borrarse en áreas correspondientes a la muy común degeneración hialina, que impone un aspecto amorfo y homogéneo a las zonas afectadas. Aunque los nódulos miomatosos no tienen una cápsula definida, generalmente están separados del músculo uterino que los rodea por una delgada capa tipo cápsula de tejido areolar liviano, de modo que los tumores pueden fácilmente enuclearse de la pared uterina. La retracción de la pared uterina hace que los nódulos tumorales se proyecten un poco por encima de la superficie circundante. Los vasos nutrientes penetran en la pseudocápsula, habiendo generalmente una sola arteria bastante grande, y los otros vasos son muy pequeños y a menudo no fácilmente demostrables (34,44,46, 63).

Patología microscópica.

El elemento histológico esencial, desde el punto de vista de la clasificación del tumor, es la célula muscular no es triada. Se ven haces de células de este tipo corriendo en todas direcciones, pero siempre tendiendo al típico cuadro de remolinos. Los núcleos de estas células tienen forma basilar, con extremos bastantes redondeados. Son notablemente uniformes en su tamaño y forma, si se tiene en cuenta que se les --

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



corta en todos los ángulos posibles. Cuando un haz muscular se corta transversalmente, por ejemplo, las células aparecen redondeadas o poliédricas, con abundante citoplasma y núcleos centrales redondos. En los cortes longitudinales, la apariencia fusiforme de las células y la elongación de los núcleos son más evidentes. Los mastocitos no son raros pero al parecer no tienen mayor significación.

A pesar del carácter muscular intrínseco del fibroleiomioma siempre hay, excepto en los más pequeños, alguna mezcla de elementos de tejido conjuntivo. En realidad, estas células fibrosas pueden preponderar sobre el músculo. Como el origen muscular de todo el grupo está aparentemente establecido, los elementos fibrosos deben considerarse como un diluyente adventicio de las células musculares, y el término mioma es aplicable a todo el grupo. La variedad celular de mioma se caracteriza por la preponderante riqueza en células musculares, con muy poco tejido conjuntivo. Estos tumores debido a su estructura compacta, tienen una semejanza superficial con el sarcoma fusocelular, y este diagnóstico se hace a menudo erróneamente (5,6,8,12,43,44,65).

#### CAMBIOS SECUNDARIOS.

Los rasgos macro y microscópicos que caracterizan al fibroleiomioma típico pueden alterarse mucho en ciertos procesos generativos secundarios, como lo indica el artículo de Novak. Estas alteraciones son frecuentes y se presentan en distintas formas. El tipo especial de abastecimiento vascular de los fibroleiomiomas por un solo vaso principal o a través de varios vasos, que, sin embargo, no penetran juntos en el tumor, y la facilidad con que pueden aparecer un eventual trastorno circulatorio constituyen las causas más importantes de las alteraciones secundarias (34,44).

Entre estas alteraciones secundarias podemos citar las siguientes:

#### I.- DEGENERACION BENIGNA:

a) Degeneración atrófica: Por falta de soporte hormo--

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

nal, se asocia frecuentemente con el climaterio y prolapso genital; es posible que sea debido a déficit circulatorio.

- b) Degeneración hialina: En mayor o menor grado es un rasgo invariable de todos los fibroliomiomas, excepto los más pequeños. Su frecuencia es del 60%. Incluso en los muy celulares, formados casi por completo por células musculares, se ven generalmente pequeñas áreas dispersas de degeneración hialina. Como los elementos de tejido conjuntivo del fibroliomioma parecen ser los primeros y los más profundamente atacados, esta forma de degeneración -- suele aparecer en mayor grado en las variedades menos celulares. Las zonas degeneradas pueden aparecer como placas aisladas o como campos grandes y a menudo entrelazados en todo el tumor. Macroscópicamente la degeneración hialina está indicada por la pérdida del aspecto normal de remolinos que caracteriza a la superficie de corte, -- pues las áreas degeneradas tienen carácter homogéneo y -- consistencia más blanda, aunque no tienen el carácter -- pultáceo ni la tendencia necrótica de la degeneración -- sarcomatosa.
- c) Degeneración quística: Ocupa el segundo lugar de los -- cambios intrínsecos (11.8%). La extirpación de este tipo de degeneración debe de figurar naturalmente después de la degeneración hialina, puesto que la tendencia de -- ésta última es hacia la licuefacción, con la producción de cavidades quísticas de diferentes tamaños. Siempre -- que la degeneración hialina es extendida, esta tendencia a la fusión es visible. A veces se observan únicamente pequeñas cavidades irregulares llenas de material gelatinoso, pero al continuar la licuefacción se forman grandes quistes. Este mecanismo produce entonces diversos -- quistes uterinos. Cuando el fibroliomioma quístico es simétrico, su forma y su consistencia elástica pueden imitar perfectamente el embarazo. Con mayor frecuencia, la licuefacción quística es incompleta y el tumor presen

ta una apariencia abigarrada debido a la presencia de -- cavidades quísticas irregulares, entre cuyas paredes se ven restos de tejido tumoral intacto o parcialmente de-- generado. La degeneración quística puede ser ocasional-- mente una secuela de formas de degeneración no hialinas, como la necrosis.

- d) Degeneración mucóide: Aunque es una variedad de la de-- generación quística, se caracteriza por la elaboración -- de una sustancia pseudomucínosa que llena los espacia-- os quísticos.
- e) Degeneración calcárea (Calcificación): Calificada como -- una infiltración calcárea más que una degeneración. Se observa en las pacientes postmenopáusicas principalmente, su frecuencia varía del 3-6%; es precedida de degenera-- ción grasa y puede ser central o periférica. Como la -- calcificación es generalmente prueba de degeneración, es de esperar que exista comunmente cuando hubo deterioro -- circulatorio, como en los fibroleiomiomas postmenopáusi-- cos, o en los fibroleiomiomas subserosos de pedículo pe-- queño. Nunca se ven en la variedad submucosa del tumor. El calcio se deposita en el tejido en forma de carbonato y fosfato. Cuando las zonas calcáreas son peque-- ñas y ais-- ladas pueden inadvertidas, excepto por la resistencia pe-- trosa que se encuentra al cortar el tumor. Cuando la -- calcificación es extrema, el tumor se convierte en una -- masa pétreo que constituye la "piedra de la matriz" como la llamaban los autores antiguos.
- f) Degeneración cárnea: Generalmente está unida al embarazo, pero puede observarse en úteros no embarazados. Su nom-- bre describe el aspecto macroscópico de los tumores dege-- nerados, que al corte tienen el color rojo opaco y el as-- pecto de carne vacuna parcialmente cocida. Aunque el me-- canismo no está totalmente aclarado, se cree que la le-- sión es una degeneración aséptica asociada con hemólisis local. Se cree que esta última tiene lugar dentro de -- los lúmenes de vasos sanguíneos que al igual que el teji-- do que los rodea han sufrido degeneración, provocando ---

fenómenos de trombosis y hemólisis. Otros creen que la extravasación de sangre es responsable del color rojizo, aunque esto parece improbable en vista del carácter difuso de la apariencia hemorrágica.

- g) Degeneración grasa: Son raras en el fibroleiomioma, pero pueden producirse en ciertas condiciones. En primer lugar, la degeneración grasa puede ocurrir como secuela o simultáneamente con las últimas etapas de degeneración hialina o necrosis. En estos casos la grasa puede demostrarse únicamente con tinción diferencial, aunque a veces las gotitas pueden unirse formando áreas amarillentas visibles a simple vista. No solo dan las reacciones químicas de la grasa sino que el exámen microscópico revela genuinas células de tejido adiposo. Es posible que en estos casos haya metaplasia de células tumorales a células adiposas, pero parece más probable, como lo han sugerido varios autores, que estos casos representan tumores mixtos, originados en células inmaduras de múltiple potencia de diferenciación. También se han presentado otras hipótesis para explicar los raros casos de linoma del útero, del que se han publicado menos de 50 casos.
- h) Infección y supuración: El tipo de fibroleiomioma más propenso a la infección es el submucoso porque ofrece -- puertas de entrada muy evidentes a los organismos infecciosos del tracto genital. La mucosa suprayacente está característicamente adelgazada, y casi invariablemente -- su infección es evidente en las alteraciones inflamatorias que se ven microscópicamente. La mucosa puede perderse en áreas considerables por ulceración, y el proceso infeccioso puede penetrar profundamente en la sustancia del fibroleiomioma. Es posible la supuración, y en casos raros se han observado abscesos en la sustancia -- del tumor. Estos procesos infecciosos pueden iniciarse en operaciones como el legrado uterino, y también son -- propensos a desarrollarse después de abortos o parturición in útero que contienen fibroleiomiomas de la varie-

dad submucosa. Cuando la infección es de tipo virulento puede producirse gran esfacelación del tumor con pruebas de sepsis general. Los tumores subserosos e intersticiales se infectan menos que los submucosos. Los primeros, sin embargo, pueden quedar implicados en procesos infalantorios que comienzan en la superficie peritoneal y penetran en el tumor en grado variable.

- i) Necrosis: Puede ocurrir en todas las variedades de fibroleiomiomas y se debe comunmente a deterioro de la irrigación sanguínea o a grados severos de infección. Los tumores pedunculados pueden sufrir torsión del pedículo con la consiguiente necrosis y a veces gangrena. Los tumores que son asiento de gran degeneración hialina pueden también mostrar áreas de necrosis, aunque estas últimas, de pequeño tamaño, se ven en muchos tumores, sin causa conocida aparte de las malas condiciones circulatorias y nutricionales. Estas áreas son más comunes en la parte central del tumor, donde la circulación suele ser inadecuada. Las áreas necróticas pueden reconocerse a menudo a simple vista por ausencia del color blanquecino y de la disposición de trabéculas firmes del fibroleiomioma en ellas, que en cambio tienen un color blanco-amarillento y una consistencia pulfácea blanda, en ocasiones con pequeñas cavidades irregulares de degeneración. (7,14,34,36,44,47,54,56,60).

## II.- DEGENERACION MALIGNA:

- a) Fibroleiomasarcoma uterino: Es un cambio generativo, nunca degenerativo. Tiene una incidencia de 0.1-0.7%, y el 70% de los sarcomas uterinos derivan de un fibroleiomioma persistente o radiado. Por fortuna, se produce muy raras veces. La dificultad existente para definir la verdadera frecuencia del cambio sarcomatoso es comprensible si se está familiarizado con la histología de los fibroleiomiomas. Es bastante común la existencia de los fibroleiomiomas de naturaleza muy celular, y a primera vista sugieren las características del sarcoma; con todo

carecen de una cantidad significativa de imágenes mitóticas, y lo cierto es que a aquellas pacientes a que se ha extirpado - este tipo de tumores no experimentan recidivas desagradables. Consideramos que la interpretación equivocada del cuadro histológico que presentan estas variedades de fibroleiomioma celular, explica la acrecentada incidencia supuestamente maligna, atribuida por algunos autores. Cuando se corta un fibroleiomioma en la sala de operaciones, el cirujano advertirá -- que las áreas sarcomatosas presentan un aspecto característico. El sarcoma tiende a producirse en los fibroleiomiomas de tamaño más bien grandes y en el centro de la tumoración, donde la irrigación sanguínea es más precaria. En lugar de tejido fibroso compacto y firme, que rechina bajo la hoja del bisturí, el tejido es blando y homogéneo. Cullen lo ha comparado con la carne de cerdo cruda. Ulteriormente, al producirse la necrosis éste se hace friable y hemorrágico.

Las posibilidades de transformación maligna son reducidas. Sin embargo, son tan graves las consecuencias de una intervención quirúrgica incompleta en el caso de un sarcoma, -- que bien vale la pena proceder sistemáticamente a la extirpación de rutina del tumor en la misma sala de operaciones. La histerectomía total con anexectomía bilateral constituye la base de un tratamiento exitoso. El uso complementario de una irradiación pelviana depende del grado de anaplasia y de la extensión de la lesión. (5,6,7,34,35,43,63).

Tumores histológicamente benignos asumen muchas de las características clínicas de la malignidad, en ocasiones excepcionales, los fibroleiomiomas pueden ser asiento de la difusión metastática del cáncer. El trabajo reciente de Banooni y cols resume la literatura y añade una caso de cáncer de mama con metástasis en un fibroleiomioma. Estos casos han sido raros aunque se han observado unos pocos ejemplos de compromi

so miomatoso originados en tumores pelvianos adyacentes. (1,3, 4,36,38,57).

OTROS TRASTORNOS DE ORIGEN MUSCULAR RELACIONADOS.

Leiomiomatosis intravenosa:

Es una forma fuera de lo común de fibroleiomiomatosis uterina benigna, la cual fué observada por primera vez a principios de siglo, habiéndose publicado la presentación de casos esporádicos de la misma durante los tres decenios que siguieron. Marshall y Norris presentaron en 1959 la primera revisión detallada sobre esta entidad clínica en la literatura norteamericana, que ha producido otras varias publicaciones sobre el tema desde entonces. El rasgo característico de este peculiar tumor liso intravenoso es la extensión de las proyecciones polipoides intravasculares en las venas del parametrio y del ligamento ancho. Aunque puede haber cierta dificultad en distinguir tales lesiones de algunas formas de sarcoma poco agresivo, aquéllas son netamente diferentes, desde el punto de vista histológico de la entidad "estromatosis uterina", ya que los tapones intravasculares son principalmente músculo liso en su origen. El problema importante a dilucidar, desde el punto de vista teórico, es si dichas prolongaciones se originan en el leiomioma adyacente o entroncan en la musculatura lisa de la pared de las venas uterinas. La primera de las dos teorías es la que prevalece actualmente. Aún cuando no ha sido probada hasta el presente la posibilidad de la progresión de un leiomioma intravenoso hasta llegar a producir metastásis lejanas, se conocen varios casos de muerte a causa de esta afección como consecuencia de haberse extendido los émbolos de tejido muscular liso hasta la aurícula derecha, con la consiguiente obstrucción mecánica y desenlace fatal, aunque el tejido era histológicamente benigno. Edwards y Peacock reunieron 32 casos de esta afección, incluyendo dos casos propios, y analizaron la experiencia clínica al respecto.

En aproximadamente un 50% de los casos, el tumor intravenoso se limitaba al parametrio, y un 75% no se extendía más allá de las venas del ligamento ancho. Las observaciones de estos autores sugieren que las extensiones intravenosas seccionadas son incapaces, probablemente, de una existencia parasitaria-independiente, y permanecen adormecidas después de la extracción del útero. Sin embargo, Ariel, Trinidad y otros autores han señalado casos más recientes de embolización pulmonar de este tumor benigno.

La conclusión de los autores es que este tumor se comporta clínicamente como un neoplasma benigno, aunque sus extensiones, a manera de gusanos, pueden comprometer las venas uterinas, vaginales, ováricas e ilíacas. Las venas uterinas en el ligamento ancho constituyen los sitios más frecuentes de extensión local. (1,3,4,12,38,50,57).

#### Leiomiomatosis intraperitoneal diseminada:

Es una lesión histológicamente similar, que sólo compromete las superficies subperitoneales, y que ha sido confundida con la entidad anteriormente enunciada. Sin embargo, esta lesión no invade la luz de los vasos sanguíneos, sino que se limita a las superficies serosas del útero y de otras visceras intraperitoneales. Hasta la fecha sólo se han comunicado aproximadamente 10 casos plenamente estudiados, el más reciente de los cuales lo ha sido Goldber, quien predice, mediante técnicas de microscopio electrónico, que los tumores provienen del músculo liso de los pequeños vasos sanguíneos. En contraposición con esta teoría, Harmley, Woodruff y cols. demostraron las similitudes histológicas de esta lesión peritoneal con el cambio decidual del mesotelio en la pelvis, y plantearon que este estado representaba un proceso reparador-benigno, en el cual los fibroblastos remodelan a la banda caduca peritoneal. Aunque la célula originaria de este tumor constituye un tema de polémica, el tumor es en apariencia be-



nigno, y hasta la fecha el tratamiento aceptable consiste en histerectomía total con salpingooforectomía bilateral. Si este tumor se presenta en el epiplón, también debería realizarse una omentectomía para definir en forma más clara la naturaleza histológica de la lesión. (3,8,12,25,44,46,50,63).

#### Hipertrofia difusa benigna del útero:

El cuadro representado por un útero aumentado de volumen en forma simétrica (en ausencia de adenomiosis) ha sido una especie de cajón de sastre, dignificado con término como "fibrosis uterina, subinvolución crónica, congestión pasiva crónica", etc. Aunque en raros casos la terminología puede representar el intento de un cirujano excesivamente entusiasta de hacer pasar a hurtadillas ante quienes se ocupan de tejido un útero normal grávido, creemos que en ocasiones el útero agrandado en forma difusa puede representar una entidad nosológica real que Lewis, Easler y Lee han decidido llamar hipertrofia del miometrio.

Estos autores emplean arbitrariamente el valor de 120gr. como índice diagnóstico, y señalan que el aumento de volumen depende de hipertrofia del músculo liso. Se sugiere que más del 5% de los úteros extirpados merecen este calificativo, -- que se acompaña de hemorragias menstruales excesivas. Aunque los autores parecen renuentes a admitir una causa concreta, -- parece que el simple aumento de volumen del útero podría ser causa de períodos más profusos facilitados en parte por el miometrio estirado al hipertrofiarse, que pudiera no contraer se adecuadamente; la consecuencia serían los períodos prolongados y copiosos. Ciertamente, cualquier útero que pese más de 200gr. debiera considerarse anormalmente grande, el anatomopatólogo no debe de criticar al cirujano que extirpa un útero que sangra excesivamente después de varios legrados y ensayos de tratamiento hormonal. (7,8,34,44,48,50).

CUADRO CLINICO.

La tríada clásica consiste en hemorragia uterina anormal, tumor genital y leucorrea; sin embargo, se ha visto que si bien este cuadro clínico es frecuente no es el único, reportándose otras muchas expresiones sobre el aparato genital o fuera de éste.

El fibroleiomioma uterino puede y de hecho lo es, asintomático en aproximadamente una tercera parte de las pacientes y diagnosticarse sólo como un hallazgo de exploración física.

Estas diversas manifestaciones pueden clasificarse de la siguiente manera:

- 1.- Alteraciones menstruales y hemorragia uterina anormal.
- 2.- Alteraciones de la concepción.
- 3.- Complicaciones del estado grávido puerperal.
- 4.- Síntomas originados por la compresión de estructuras vecinas:
  - a) Sobre paquetes vasculonerviosos.
  - b) Sobre el aparato urinario.
  - c) Sobre el aparato digestivo.
- 5.- Síntomas debido a complicaciones tumorales intrínsecas como degeneración benigna, maligna y otros cambios tumorales.
- 6.- Síntomas generales.

1.- Alteraciones menstruales y hemorragia uterina anormal.

Aproximadamente el 60% de las pacientes con fibroleiomiomas uterinos presentan estos trastornos y solamente una tercera parte son eumenorréicas. Ocupa el primer lugar la hiperpolipioimenorrea, hiperpolimenorrea en segundo lugar y la pólimenorrea en tercero.

Analizando los factores que intervienen en las alteraciones menstruales de pacientes portadoras de éste padecimiento podemos deducir lo siguiente:

a.- Factor endócrino alterado en la mayoría de los casos pues solamente el 11 % de las pacientes presentan estudio histopatológico del ovario calificado como normal.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

b.- Factor endometrial alterado; puesto que el hiperestrogenismo producido por lesiones ováricas actúan sobre el -- mismo originando hiperplasia simple (51%), endometrio proliferativo puro (15%) o secretor deficiente (20%). Es importante recordar que la extensión de la superficie endometrial sang-- grante está aumentada por la distorsión que sufre al alojar -- el núcleo tumoral.

c.- El miometrio se torna duro con poca capacidad para regular el flujo sanguíneo de los vasos que lo atraviezan.

d.- El factor del lecho vascular pélvico frecuentemente evidencia varicocele. (7,8,20,24,34,44,50,55)

## 2.- Alteraciones de la concepción.

Los mecanismos por los cuales dicha tumoración y más directamente los problemas endócrinos que lo acompañan, pueden alterar el factor uterino para la fecundación de las siguientes maneras:

a.- El volumen del fibroleiomioma puede distorsionar o comprimir los anexos y ser un obstáculo para la concepción.

b.- Efecto mecánico del núcleo tumoral que actúa particularmente en los pólipos fibrosos o pediculados, pues dan -- origen a alteraciones endometriales que impiden una implantación adecuada del blastocito. Los subserosos voluminosos ocasionan síndrome de congestión pélvica capaz de alterar la --- esteroidogénesis ovárica.

c.- Alteraciones de las trompas de Falopio sobre su cinetismo y permeabilidad.

d.- Patología ovárica.- Ha sido posible comprobar la coexistencia de lesiones ováricas en el 89% de las pacientes que sufren este padecimiento lo que conduce a la anovulación o desequilibrio estrógeno-progesterona.

e.- La fibroleiomiomatosis no escapa a las causas ge--- nerales de esterilidad, pues se podría mencionar la tendencia familiar, el estrogenismo persistente, la inflamación bacteriana endometrial, etc. (8,19,41,50,52,54,55).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.- Complicaciones del estado grávido puerperal.

Por lo general los fibroleiomiomas uterinos no impiden la presentación de un embarazo. Sin embargo, localizaciones desfavorables pueden dificultar, trastornar o impedir un posterior desarrollo. El número de matrimonios sin hijos en mujeres con un fibroleiomioma uterino se cifra por lo general entre un 20 a 30%. En estas enfermas con fibroleiomiomas la causa de esterilidad más frecuente es la presentación de una endometriosis tubárica bilateral.

Desde el punto de vista clínico, el fibroleiomioma y el embarazo coinciden sólo excepcionalmente. En un 0.5% de los embarazos, por término medio, se ha comprobado la presencia de estas tumoraciones. Los fibroleiomiomas que durante el embarazo no producen molestias suelen escapar a la observación. De ahí que la verdadera frecuencia debe de ser superior. Así lo indican las estadísticas necrópsicas de embarazadas y puerperas en las que se han encontrado fibroleiomiomas uterinos con una frecuencia del 20%.

El diagnóstico diferencial entre fibroleiomioma y embarazo puede plantear dificultades. Apenas existe un ginecólogo-experto que no haya tenido ocasión de vivir un error trágico. Todavía puede ser más difícil comprobar un embarazo en un útero miomatoso o un fibroleiomioma en un útero grávido. Los datos de interrogatorio relativos a hemorragia han de ser objeto de una valoración especialmente crítica con objeto de no sacar conciente o inconcientemente conclusiones erróneas.

En el transcurso del embarazo son muy raras las complicaciones peligrosas. El aborto es, por desgracia, frecuente. En comparación con las mujeres sin tumor, hay que esperar abortos con una frecuencia doble. Muchos de estos abortos pueden ser explicados por el hecho de que el fruto no encuentra a lo largo de su crecimiento, posibilidades de expansión en el interior de un útero miomatoso. Los estímulos de crecimiento propios del embarazo que se ejercen sobre el útero conducen también casi siempre a un crecimiento acusado con reblandecimiento del fibroleiomioma. Iuesto que a final de cuentas se-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

trata de un crecimiento patológico, es posible que de todo ello resulten complicaciones graves. Se producen necrosis parciales o totales de los tumores, con mucha menor frecuencia - rupturas vasculares en la superficie de los fibroleiomiomas, rupturas capsulares y torsión del pedículo de los tumores subserosos.

Los fibroleiomiomas intervienen en la evolución del embarazo modificando la posición del tramo uterino en que se encuentran. Así, es posible que los fibroleiomiomas situados - en la pelvis se desplazan hacia arriba y dejen libre la vía - del parto. Puede observarse asimismo un desplazamiento del - fibroleiomioma en la pared del útero. Fibroleiomiomas inicialmente intramurales presentan un desarrollo subseroso u ocasionalmente submucoso. En ocasiones se ha confundido, en el --- transcurso del embarazo, una reducción del tamaño del tumor - con reblandecimiento o traslocación.

En casos poco frecuentes los tumores benignos del útero - revisten importancia etiológica en la presentación intrauteri - na de deformidades corporales del niño nacido a término.

La mayor parte de los partos transcurren sin trastornos - importantes. En realidad son frecuentes las anomalías de po - sición. Sólo en raras ocasiones los fibroleiomiomas uterinos se convierten en un obstáculo absoluto para el parto por ocu - sión del canal del mismo. En este caso se trata casi siempre de fibroleiomiomas cervicales y tumores de desarrollo intrali - gamentoso. Todo clínico está familiarizado con la presencia - de hemorragias atónicas en el período postpartum. En el puer - perio pueden presentarse trastornos en la involución del úte - ro y en los fibroleiomiomas. En algunos casos dan lugar a ne - crosis tumorales.

En cuanto a la terapéutica, lo primera que hay que hacer en el embarazo es esperar. La sola existencia de un fibro - leiomioma no justifica en absoluto una actitud activa en el - transcurso del embarazo y del parto.

Las complicaciones agudas (necrosis, torsión del pedícu - lo, hemorragia intraabdominal) requieren casi siempre una ---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

intervención quirúrgica rápida. Cualquier momento de embarazo es posible proceder, sin gran riesgo, a la extirpación de fibroleiomiomas subserosos. En los fibroleiomiomas intramurales aguardamos hasta quinto mes del embarazo, a condición de que esta postura sea defendible también desde el punto de vista clínico. El peligro de pérdida fetal es entonces menor. En estas operaciones lo más importante no es precisamente extirpar todos los fibroleiomiomas existentes, sino más bien eliminar aquellos que provocan trastornos mecánicos o que, en razón de su tamaño y posición, tienden a alteraciones regresivas.

Si al término del embarazo aparecen complicaciones, no se debe ser excesivamente riguroso con la cesárea abdominal. La indicación fetal, que cada vez se hace más importante, exige los mínimos riesgos. En el transcurso de la operación se puede comprobar la necesidad de extirpar solamente nódulos -- miomatosos aislados o el útero. Casi siempre se puede adoptar una actitud quirúrgica conservadora. El tipo de procedimiento depende a menudo de la edad de la enferma, del número de hijos vivos y sanos y del número, proporciones y localización de los fibroleiomiomas (2,7,8,9,16,23,33,34,35,43,44,54,60,62,64).

#### 4.- Síntomas originados por la compresión de estructuras vecinas.

La leucorrea se presenta en el 40% de las pacientes con esta neoplasia. Los caracteres que se han descrito son debidos al agrandamiento de la cavidad uterina, al estrogenismo persistente, a la inflamación secundaria de los tumores pediculados, a las lesiones inflamatorias coexistentes, a la congestión asociada al varicocele pélvico y a los procesos neoplásicos con componente inflamatorio.

No presenta espontáneamente dolor, duele cuando se complica. Los tipos predominantes son el pungitivo y compresivo dependiendo del grado de alteraciones intrínsecas del tumor.

a.- Compresión vásculonerviosa.- Da origen a cuadros de ciática, lumbalgia y síndrome de congestión pélvica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

b.- Compresión sobre aparato urinario.- La polaquiuria es el síntoma más frecuente, reportándose en forma ocasional-disuria, tenesmo vesical y cuadros de retención urinaria. La incontinenencia urinaria de esfuerzo se presenta en el 20% de los casos.

c.- Compresión sobre aparato digestivo.- Se presenta tenesmo, constipación y proctalgia. (2,7,8,26,32,35,48,).

5.- Síntomas debidos a complicaciones tumorales intrínsecas.

Las degeneraciones benignas pueden causar dolor cuando se irrita el peritoneo. El infarto tumoral, la infección, la torsión del pedículo tumoral, determinan crisis abdominales dolorosas con intervalo de duración e intensidad muy variada.

6.- Síntomas generales.

La anemia clínica se presenta en el 45% de los casos. La hipertensión arterial esencial coexiste en el 23% de los casos, así como la diabetes mellitus es 8 veces más frecuente que en la población general, y la incidencia de obesidad sobrepasa la tasa reportada para la población mexicana urbana.

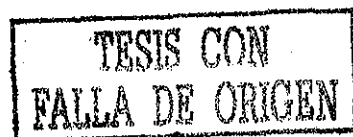
En la actualidad se le ha encontrado relación con tiroi-dopatías (6%), y las displasias mamarias se presentan en una de cada 4 mujeres que tienen fibroleiomiomas (2,19,22,47,54, 60).

DIAGNOSTICO.

Se establece mediante la correlación de los siguientes puntos:

1.- Interrogatorio exhaustivo.

2.- Datos clínicos.- La exploración física es importantísima para el diagnóstico de la paciente con fibroleiomiomas uterinos los cuales se descubren con facilidad mediante la palpación bimanual sistemática del útero o por la simple palpación de la parte baja del abdomen. El diagnóstico es obvio



cuando el contorno uterino normal está distorsionado por una o más masas firmes esféricas las cuales pueden tornarse ulteriormente blandas o mixtas, es aquí donde estamos obligados a descartar la gestación sola o concomitante con el padecimiento tumoral. El estado de la superficie tumoral puede orientar nos a pensar en la existencia de uno o varios nódulos.

3.- Hallazgos de laboratorio.- Puede haber anemia como resultado del sangrado uterino anormal y de la infección, así como policitemia y leucocitosis en caso de endometritis y degeneración séptica carnosa. La velocidad de sedimentación -- puede estar aumentada (7,8,12,15,43,54).

4.- Hallazgos radiográficos.- Los grandes tumores aparecen típicamente como masas hísticas de tejido blando en las radiografías de la parte baja del abdomen y de la pelvis; no obstante, a veces desvía la atención a los fibroleiomiomas debido a las zonas de calcificación tumoral que se observan en las radiografías. La histerografía y la angiografía pueden-- demostrar un tumor submucoso pequeño o cervical en particular si el legrado no puede demostrar tal lesión y persiste el sangrado anormal. Una pelvineumografía o ultrasonografía pueden demostrar el crecimiento y la asimetría del contorno uterino (96%), pero un tumor delineado en esta forma puede palpase-- con facilidad, a menos que la enferma sea muy obesa o no cog pere para nada. La histeroscopia no ha sido de utilidad hasta la fecha, pero las mejoras en las técnicas actuales que-- están emergiendo en la instrumentación y desarrollo de soluciones para distender la cavidad uterina, puede pronto hacer esto un enfoque factible para el diagnóstico de las masas in-- tracavitarias. Eneado a estos recursos se encuentra actual-- mente la difusión de los servicios de endoscopia ginecológica pero su utilización no ha sido universal. (15,16,17,40,-- 61).

5.-Exámenes especiales.- El alargamiento de la cavidad-- uterina debido al efecto de estiramiento de un gran tumor in-- tramural puede ser demostrado en ocasiones, por la inserción-- de una sonda uterina. Durante el legrado uterino endometrial

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



la distorsión del contorno normal o de la simetría de la cavidad, puede detectarse y atribuirse a algún mioma submucoso, - pero muchos errores de juicio son hechos en esta forma. La biopsia de endometrio es muy conveniente para darnos cuenta - del problema endócrino - ovárico y sobre todo descartar malignidad. (24,34,55).

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El diagnóstico de fibroleiomioma uterino no es habitualmente difícil aunque muchas anormalidades pueden confundirse con éste. La exploración pélvica con la enferma anestesiada puede aclarar la situación, en particular en las obesas. Los quistes ováricos tensos o los tumores o masas endirecidas inflamatorias tuboováricas pueden confundirse con los fibroleiomiomas subserosos. El crecimiento uterino debido al embarazo, adenomiosis uterina, hipertrofia del miometrio, subinvolución, anomalías congénitas o anexos adherentes, epiplón o asa intestinal, pueden atribuirse en forma errónea a los fibroleiomiomas. Se debe de realizar cuantificación de gonadotrofinas coriónicas cada vez que la historia clínica haga resaltar la -- sospecha de embarazo. Las menstruaciones masivas recurrentes atribuidas a un fibroleiomioma submucoso pueden de hecho deberse a un gran pólipo o al desprendimiento endometrial irregular retardado, pero el legrado de la cavidad endometrial -- conducirá al diagnóstico correcto. Inclusive cuando el diagnóstico de fibroleiomioma ha sido realizado, otras enfermedades neoplásicas, cervicitis, estenosis cervical y otros trastornos ginecológicos deberán de ser tomados en cuenta. (8,34, 35,39,65).

CONDUCTAS TERAPEUTICAS.

El tratamiento apropiado de los fibroleiomiomas uterinos no es tan simple como podría suponerse, sobre todo cuando se observa la constante sucesión de histerectomía por tales tumores en casi todos los servicios quirúrgicos ginecológicos. - Para lograr resultados satisfactorios, el cirujano deberá conocer perfectamente las características de crecimiento y desarrollo de estas tumoraciones.

En muchos casos no se requiere de ningún tratamiento. - Son suficientes exploraciones de control cada medio año, pero si ocasionan molestias, trastornos hemorrágicos, presenta proporciones demasiado grandes, crece rápidamente, se comprueba la presencia de un tumor subseroso, pediculado, muy movable o aparecen complicaciones agudas, se requiere entonces el tratamiento oportuno. (29,30,39,50,62).

Por lo tanto el tratamiento de esta entidad clínica dependerá de los siguientes factores y se le dividirá en Medidas conservadoras, Radioterapia y manejo Quirúrgico;

- a) Edad de la paciente.
- b) Intensidad y naturaleza de los síntomas.
- c) Grado de desarrollo tumoral.
- d) Topografía de los núcleos tumorales.
- e) Necesidad o no de conservar la función reproductiva.
- f) Necesidad o no de conservar la función menstrual.
- g) Estado general de la paciente.
- h) Padecimientos concomitantes. (8,34,43,54).

MEDIDAS CONSERVADORAS:

En ocasiones son posibles eficaces medidas conservadoras. La relación existente, conocida desde hace mucho tiempo, entre crecimiento de leiomioma y función del ovario hace pensar en un tratamiento hormonal. Antes se solían aplicar sustancias antiestrogénicas, mientras que en la actualidad apenas entra ya en discusión el tratamiento de los mismos con sustan



cias androgénicas. En ocasiones se recomienda la administración de gestágenos sintéticos, cuando en presencia de tumores no excesivamente grandes predominan las hemorragias en el cuadro clínico. En estos casos se han administrados derivados de la nortestosterona. Con el tratamiento habitual con píldoras anticonceptivas, mejor todavía con dosis diarias de 10mg. de acetato de 17-etinil-nortestosterona, se consigue a menudo la reducción eficaz de las menorragias. Existen mujeres que toleran un tratamiento de este tipo durante un período suficientemente prolongado. En otros tiempos se recomendaban y ponían en práctica, para el tratamiento de estos tumores, curas dietéticas y homeopáticas, hidroterapia, laxantes salinos, sangrías, taponamientos vaginales, irradiación Rontgen del bajo y preparados de analgésicos. En la actualidad todas estas medidas han pasado ya a la historia. (13,27,28,29,43).

Se encuentran con mayor frecuencia tumores asintomáticos que tumores que determinen la aparición de síntomas. Un número de dichas neoplasias fueron extirpadas quirúrgicamente, cuando mejor hubiera sido dejarlas tal cuál estaban. Siempre deberíamos recordar que la incidencia de malignidad apenas si alcanza al 0.3% y que en los tumores pequeños es muchísimo menor aún. Esta frecuencia se halla por debajo de la tasa de mortalidad registrada como promedio en los hospitales para la histerectomía, por lo que —a menos que existan especiales razones para sospechar un proceso maligno— los peligros de una intervención quirúrgica excederán los del posible carácter canceroso de la afección. Ante un crecimiento rápido del tumor, especialmente, un desarrollo exagerado del mismo después de la menopausia, estará indicada la extirpación incluso en el caso de que no se registren síntomas.

Los tumores pequeños, que suelen ser bastante asintomáticos, necesitan únicamente ser observados periódicamente. Es notable cuán estacionario puede mantenerse el tamaño de estos tumores a lo largo de los años. Si estos pequeños fibroleiomiomas son descubiertos en una fase avanzada del climaterio, -

es raro que se requiera un tratamiento quirúrgico. Las tumores de mayor tamaño podrán ser vigiladas también sin riesgos, siempre que tal actitud expectante se adopte estando perfectamente seguros de la verdadera naturaleza de esas neoplasias.

Cuando se encuentran fibroleiomiomas asintomáticos en mujeres jóvenes, sucítase el problema de fijar que posible relación cabe asignar a este tipo de tumores con respecto a la esterilidad y el embarazo. Sin embargo, el hallazgo de fibroleiomiomas pequeños en mujeres que se muestran estériles no constituye una indicación de inmediata miomectomía. Ambos miembros de la pareja deberán ser investigados en forma completa con respecto a tal esterilidad, prescindiendo de la presencia de fibroleiomiomas, por lo menos durante un tiempo. La decisión final en cuanto a los mismos dependerá de su tamaño y localización. Cuando estos tumores son intramurales y de cierto tamaño, o bien de localización submucosa, sin duda pueden ser responsables de la esterilidad, y es posible que una miomectomía se vea recompensada con una gestación subsiguiente. (8,9,21,34,41,50,52).

En las mujeres próximas al climaterio, es posible con frecuencia mantener bajo observación, en forma segura, algunos fibroleiomiomas relativamente voluminosos, sabiendo que después de la menopausia no aumentarán de tamaño, y que pueden en realidad, retroceder en cierta medida. Everett y Sturges demostraron hace muchos años que no pocas veces se comprueban compresiones contra los bordes de los uréteres por lo cual pueden desarrollar hidrouréteres o hidronefrosis. Las pruebas de daño renal advertidas en el pielograma pueden constituir el factor que decide la operación de una paciente con un fibroleiomioma enteramente asintomático.

Después de la menopausia, los fibroleiomiomas asintomáticos deberán dejarse, por lo general, tal como se encuentran. También en estos casos el cirujano debe estar complementamente seguro de que no se halla frente a ninguna neoformación só

lida del ovario. La aparición de una hemorragia vaginal, por pequeña que sea, deberá hacer sospechar en la posibilidad de un proceso maligno en el cuello del útero, así como alguna -- transformación cancerosa( endometrial) o sarcomatosa en el fi broleiomioma. Se practicará entonces un frotis de Papanico-- laou, un legrado uterino fraccionado y una evaluación del cue llo por medio de una colposcopia o de una biopsia. Si las he morragias no se explican mediante estos recursos, y se ha ex-- cluido la presencia de una vaginitis senil o el empleo de es-- trógenos exógenos, convendrá extirpar el útero ante el peli-- gro de una degeneración sarcomatosa. (5,6,10,27,28,55,58).

#### TRATAMIENTO RADIOTERAPICO:

Se reserva el tratamiento con irradiación para aquellos fibroleiomas en que, por el estado general de la paciente, está contraindicada una intervención quirúrgica. Histórica-- mente el tratamiento radioterápico para el control de la hemo-- rragia uterina provocada por fibroleiomas fué utilizado -- con mucha mayor frecuencia que la que se recomienda hoy en -- día. Con los progresos actuales en el tratamiento de las do-- lencias que afectan a las pacientes de alto riesgo con fibro-- leiomas sintomáticos, los peligros de la cirugía han dismi-- nuido en una forma significativa, y la indicación de una irra-- diación ovárica constituye una rareza. No obstante, tal irra-- diación ofrece una alternativa a la cirugía para la enferma - que presenta una hemorragia uterina significativa, provocada por un útero con fibroleiomas, para la cuál se considere - medicamente desaconsejable la cirugía. (2743,44,50,65).

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO:

##### Operaciones conservadoras de miometrio.

En las operaciones conservadoras del miometrio se proce-- de a la extirpación de los tumores, pero conservando el útero y los anexos. Casi siempre se adopta la vía abdominal. Sólo

en caso de fibroleiomioma submucoso pediculado resulta oportuna y superior la histerotomía vaginal. Para todas las medidas conservadoras tiene validez la exigencia de adoptar una actitud lo más conservadora posible con el miometrio no afectado, sin tener en cuenta el aspecto estético, en el transcurso de la laparotomía. La pared uterina es a menudo hipertrófica en los alrededores de gran tamaño. Pero después de la e nucleación del fibroleiomioma regresa de nuevo rápidamente. Este extremo debe ser tenido siempre en cuenta. Por esta razón no se debe reseca solamente para conservar un útero bien formado. (9,21,34,41,44,50,52).

#### Amputación del cuerpo del útero (histerectomía subtotal).

En la actualidad apenas se realiza la amputación del cuerpo del útero por vía vaginal. Por el contrario, la amputación abdominal es una operación que sigue gozando de muchas preferencias y se realiza muy a menudo. Apenas se producen lesiones de la vejiga urinaria, de los uréteres y del recto. Sin embargo, aún cuando en ocasiones se defiende todavía la opinión de que el cuello del útero posee una función estática, este argumento no resulta convincente, sino todo lo contrario: el muñón cervical es un marcapaso especialmente idóneo del prolapso. Otras desventajas de la amputación del cuerpo son las frecuentes complicaciones postoperatorias, pues queda una herida de mayores proporciones, que no puede ser correctamente drenada a la vagina, se corre el riesgo de presentación de un carcinoma del muñón cervical (2-4% de los casos) y finalmente no son raras las cervicitis con secreciones sanguinolentas, que posteriormente obligan a una ulterior extirpación vaginal del muñón. En opinión de la mayoría de los autores actuales, esta técnica ya no desempeña ningún papel en el útero con fibroleiomiomas uterinos.

#### Histerectomía total.

La extirpación uterina total vaginal o abdominal consti-

tuye actualmente el método de elección en el útero con fibroleiomas tributario de terapéutica. En los últimos 20 años se ha conseguido un descenso muy considerable en las cifras de letalidad y morbilidad de estas operaciones. En la actualidad el índice de letalidad se encuentra muy por debajo del 1%. Con la histerectomía se consigue una resolución inmediata de las molestias, ya sea con o sin conservación de la función ovárica. El que la paciente sea intervenida quirúrgicamente por vía vaginal o abdominal depende menos de las dimensiones del tumor que de su movilidad, forma del ángulo del arco pubiano, de los hallazgos en los anexos y del estado general de la paciente además de la habilidad quirúrgica del cirujano. Como es natural, la extirpación vaginal de un útero -- con fibroleiomas se encuentra sometida a unos determinados límites, pero vale la pena esforzarse por desplazar estos límites.

Los fibroleiomas intraligamentarios, del hocico de -- tenca y del cuello del útero son sometidos siempre a terapéutica quirúrgica cuando muestran una tendencia al crecimiento o han rebasado ya unas dimensiones prudentes. Los tumores de el hocico de tenca pueden ser extirpados a menudo por vía vaginal. Los del cuello y los que se encuentran en el interior del ligamento ancho ofrecen un acceso más favorable por vía -- abdominal. La histerectomía puede plantear considerables dificultades técnicas. Son frecuentes estasis hemáticas en el sistema venoso. Por ello es especialmente grave el riesgo de grandes hemorragias y de lesiones ecundarias de los órganos -- huecos vecinos. (18,27,29,30,31,45,50,51,53).

La histerectomía total ha llegado a ser en nuestro días de uso común, habiéndose desarrollado tanto técnicas operatorias más seguras como procedimientos anestésicos mejores y se tienen al alcance antimicrobianos excelentes y hormonas esteroideas para sustitución, asimismo, se han afinado los criterios de selección de pacientes, lo que hallevado consecuente-

mente a obtener mejores resultados.

La histerectomía electiva determina costos muy elevados y que además puede tener efectos impredecibles vasculares, metabólicos y psicológicos. La literatura actual se está ocupando asimismo, cada vez con más insistencia de la repercusión psicológica que esta intervención puede tener en las pacientes que se someten a ella, que van desde una aceptación total, aún sin indicación suficiente, hasta depresión, insistiéndose en la importancia de una valoración muy cuidadosa de este aspecto al tomar la decisión de practicarla. (18,53).

Por tales motivos se está en desacuerdo con algunos autores que han propuesto la histerectomía como práctica electiva y profiláctica contra el cáncer del cérvix uterino, problemas menopáusicos e incluso como medida contraceptiva definitiva, aduciendo lo siguientes:

"la única función del útero es la reproducción, cumplida la cuál se convierte en un órgano inútil, sangrante, fuente de diversos síntomas indeseables y portador potencial de cáncer, por lo que debe ser extirpado".

Wright, R. C.



MATERIAL Y MÉTODOS

"No existe un método único para estudiar las cosas."  
Aristóteles.

Se realizó un estudio retrospectivo, abierto y transversal de las pacientes que fueron vistas en el servicio de consulta externa de Ginecología del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", ISSSTE, con el diagnóstico de ingreso a la misma de Fibroleiomiomas uterinos, en las cuales se solicitaron métodos de diagnóstico dirigidos al problema y que recibieron algún tratamiento para la corrección del mismo, durante un período de tiempo de 2 años, comprendido del 10. de julio de 1981 al 30 de junio de 1983.

Se excluyeron a todas aquéllas pacientes en las cuales se elaboró el diagnóstico hasta visitas subsiguientes, que coincidieron con estado grávido puerperal, que no recibieron ningún tratamiento o bien que se trató de un hallazgo puramente quirúrgico.

El total de las pacientes incluidas en nuestro estudio fue de 134, cifra que consideramos significativa para nuestra población general.

A fin de comparar nuestra experiencia con la reportada en la literatura normal hemos realizado una recopilación estadística de este padecimiento mediante análisis exhaustivo de los casos archivados en los servicios de bioestadística y microfilm. Además se revisaron los resultados de estudios histopatológicos de las pacientes que habían recibido algún tipo de tratamiento quirúrgico.

Se elaboró un protocolo de estudio para la recolección de datos con las siguientes variables:

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- 1.-E<sup>dad</sup> de la paciente, estado civil, estrato socioeconómico y fecha de la primera consulta.
- 2.-Antecedentes hereditarios directos de otras neoplasias y tendencia familiar.
- 3.-Antecedentes personales patológicos: Obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tiroidopatías, displasias mamarias, Cardiopatías, cirugías ginecológicas previas, Gpo sanguíneo y Rh.
- 4.-Antecedentes gineco/obstétricos: E<sup>dad</sup> de la menarca, -- ritmo menstrual, inicio de vida sexual, control de la fertilidad, paridad, uso de hormonales y dispareunia.
- 5.-Síntomas que originaron la consulta: Alteraciones menstruales, alteraciones de la concepción, síntomas de compresión, síntomas generales, etc.
- 6.-Signos encontrados durante la exploración física.
- 7.-Exámenes de laboratorio y resultado de colpocitológico.
- 8.-Resultados de legrados uterinos anteriores.
- 9.-Estudios complementarios: Ultrasonografía y la histerosalpingografía.
- 10.-Tratamiento establecido: Conservador y quirúrgico.
- 11.-Complicaciones del mismo.
- 12.-Resultados histopatológicos de útero, ovarios, trompas endometrio, cervix, número, localización, situación, de generación y diagnósticos de fibroleiomiomas uterinos.

Una vez obtenidos estos resultados se realizará análisis de correlación exponiéndose los resultados.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

¡ Atención, por favor!

Sólo en geometría puede afirmarse algo.

Voltaire.

CUADRO I

## DISTRIBUCION POR EDADES

Años	Casos	Por ciento
20 a 24	1	0.7
25 a 29	5	3.7
30 a 34	10	7.4
35 a 39	31	23.1
40 a 44	37	27.6
45 a 49	36	26.8
50 a 54	13	9.7
55 a 59	1	0.7
Total	134	100

En el cuadro I se observa que el rango de edad varió de 22 a 56 años, con una frecuencia mayor en el grupo de 40 a 49 años (73 casos que corresponden al 54.4%), principalmente en su primera mitad, obteniéndose una media de 41 años en la distribución general.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO II

## ESTADO CIVIL

Estado civil	Casos	Por ciento
Casadas	112	83.5
Solteras	<u>22</u>	<u>16.4</u>
Total	, 134	100

En el cuadro II se observó que la mayor parte de las pacientes fueron casadas (112 casos que corresponden al 83.5%)—y que del total de pacientes solteras, 11 aún no habían iniciado vida sexual.

CUADRO III

## ESTRATO SOCIOECONOMICO

Estrato	Casos	Por ciento
Medio	91	67.9
Bajo	43	32
Total	<u>134</u>	<u>100</u>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO IV

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE NEOPLASIAS

Antecedentes	Casos	Por ciento
Positivos	43	32
Negativos	91	67.9
Total	134	100

Durante el proceso de investigación se clasificó a las - pacientes con antecedentes heredofamiliares positivos para -- neoplásias, por rama directa, considerando la ocasional ten-- dencia familiar de este padecimiento.

CUADRO V

## INCIDENCIA DE OBESIDAD

Tipología	Casos	Por ciento
Normolíneas	52	38.8
Brevilíneas	82	61.1
Total	134	100

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO VI  
 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS  
 ENFERMEDADES CONCOMITANTES ASOCIADAS

Tipo	Casos	Por ciento
Mastopatía fibroquística	14	10.4
Hipertensión arterial crónica	13	9.7
Colecistitis crónica litiásica	9	6.7
Diabetes mellitus	6	4.4
Tiroidopatías	5	3.7
Cardiopatía no hipertensiva	5	3.7
Cáncer cervicouterino	2	1.4
Cáncer de mama	1	0.7
Tb pulmonar	<u>1</u>	<u>0.7</u>
Total	56	41.7

CUADRO VII  
 ANTECEDENTE DE CIRUGIA GINECOLOGICA PREVIA

Intervención	Casos	Por ciento
Salpingoclasia bilateral	38	28.3
Plastia vaginal A/F	11	8.2
Extirpación de quiste de ovario	5	3.7
Miomectomía	3	2.2
Conización cervical	<u>2</u>	<u>1.4</u>
Total	59	44.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

CUADRO VIII  
GRUPO SANGUINEO Y RH

Tipo	Casos	Por ciento
O Rh +	79	58.9
A Rh +	42	31.3
A Rh -	1	0.7
B Rh +	11	8.2
AB Rh +	1	0.7
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100</b>

Las cifras de distribución de grupo sanguíneo y Rh encontradas fué la misma existente en la población general, predominando ampliamente los grupos O y A positivos.

CUADRO IX  
MENARCA

Grupos de edad	Casos	Por ciento
8 a 10 años	7	5.2
11 a 13 años	84	62.6
14 a 16 años	40	29.8
17 y más	3	2.2
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100</b>

El rango de edad de la menarca varió de 8 a 18 años, encontrándose una frecuencia mayor en el grupo de 11 a 13 años (84 casos que corresponde al 62.6%), obteniéndose una media de 12 años, lo que concuerda con la edad de la menarca de la población general.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO X  
CARACTERISTICAS DE LA MENSTRUACION

Duración (días)	Casos	Por ciento
3 a 5	104	77.5
6 a 8	26	19.4
9 y más	4	2.9
Total	134	100

En el cuadro anterior se observa que el rango de duración de la menstruación varió de 3 a 15 días, con una frecuencia mayor en el grupo de 3 a 5 días (104 casos que corresponden al 77.5%), obteniéndose una media de 4.

CUADRO XI  
VIDA SEXUAL ACTIVA

Edad de inicio	Casos	Por ciento
11 a 20	67	54.4
21 a 30	47	38.2
31 a 40	9	7.3
Total	123	100

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



CUADRO XII  
FERTILIDAD

Número	Casos	Por ciento
0	18	13.4
1 a 2	25	18.6
3 a 4	36	26.8
5 y más	55	41
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100</b>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO XIII

CONTROL DE LA FERTILIDAD

Método	Casos	Por ciento
Salpingoclasia bilateral	38	28.3
Hormonales orales	26	19.4
Hormonales de depósito I.M.	3	2.2
Dispositivo intrauterino	4	2.9
Ninguno	65	48.5
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100</b>

CUADRO XIV  
 CUADRO CLÍNICO  
 ALTERACIONES MENSTRUALES

Tipo	Casos	Por ciento
Hiperpoliproiomenorrea	63	47
Hiperpolimenorrea	43	32
Menstruación normal	22	16.4
Hipermenorrea	5	3.7
Oligomenorrea	1	0.7
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100</b>

De las 134 pacientes, 22 no presentaron alteraciones menstruales ni hemorragia uterina anormal lo que corresponde al - 16.4% del total.

Las restantes 112 pacientes presentaron alteraciones menstruales, que corresponde al 83.5% del total, con tipo de alteración y orden de frecuencia indicados en el cuadro XIV, lo - que concuerda con la literatura revisada.

En cuanto a las alteraciones de la concepción se presentaron 26 pacientes en que ésta era una de las causas de con--sulta, lo que corresponde al 19.4% del total; no fué posible-determinar el tipo de alteración al no ser referida en el expediente.

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

CUADRO XV  
SINTOMAS DE COMPRESION SOBRE ESTRUCTURAS VECINAS

Localización	Casos	Por ciento
PAQUETES VASCULO-NERVIOSOS	77	57.4
Dolor abdominal	65	48.5
Sensación de pesantez	74	55.2
APARATO URINARIO	35	26.1
Disuria	6	4.4
Polaquiuria	35	26.1
Tenesmo vesical	22	16.4
Incontinencia urinaria	2	1.4
APARATO DIGESTIVO	16	11.9
Tenesmo	4	2.9
Constipación	15	11.9
DISPAURENIA	7	5.2
LEUCORREA	89	66.4

.De los 134 pacientes, 112 presentaron uno o más de estos síntomas, lo que corresponde al 85% del total, siendo los debidos a compresión sobre paquetes vásculo-nerviosos y la leucorrea los que predominaron, con frecuencia y porcentajes indicados en cuadro XV.

Es notable que sólo 20 pacientes que corresponden al 15% no presentaran ningún síntoma de compresión sobre estructuras vecinas.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO XVI  
HALLAZGOS A LA EXPLORACION FISICA

Localización	Casos	Por ciento
<b>UTERO</b>		
a) Aumento de volumen aumento de consistencia superficie irregular.	100	74.6
b) Aumento de volumen aumento de consistencia superficie regular.	28	20.8
c) Aumento de volumen consistencia blanda superficie regular.	2	1.4
d) Normal.	4	2.9
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100</b>
<b>CERVIX</b>		
a) Normal.	75	55.9
b) Cervicitis.	55	41
c) Polipo endocervical.	4	2.9
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS</b>		
a) Normales.	134	100

Mediante la exploración física se encontraron alteraciones de la morfología del útero en 130 pacientes que corresponden al 97% de los casos, predominando los reportados con aumento de volumen, consistencia aumentada y superficie irregular, con índice de frecuencias y porcentajes reportados en el cuadro XVI.

En cuanto al cervix se encontraron alteraciones en 59 pacientes que corresponde al 44% del total, predominando los reportados como cervicitis.

En todas las pacientes los anexos fueron reportados como "libres y de caracteres normales".

De las 134 pacientes, en 34 se encontraron datos de distopía genital, que corresponde al 25.3% del total.

CUADRO XVII  
EXAMENES BASICOS

Resultados	Casos	Por ciento
Normales	113	84.3
Anemia hipocrómica	20	14.9
Hiper glucemia	1	0.7
Total	134	100

Se realizaron exámenes básicos preoperatorios en todas las pacientes (biometría hemática, química sanguínea, general de orina), obteniéndose los resultados arriba descritos.

CUADRO XVIII  
RESULTADOS DE COLPOCITOLÓGICOS

Valor estrogénico	Casos	Por ciento
De 0 a 49	7	5.2
50 a 70	102	76.1
71 y más	24	17.9
Total	133	99.3

En sólo un caso (0.7%) no fué reportado el colpocitológico. El reporte fué Negativo I en 19 pacientes (14.1%), Negativo II en 111 pacientes (82.8%) y Negativo III en sólo 3 pacientes (2.2%), correspondiendo a Displasias severas.

CUADRO XIX  
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Estudio	Casos	Por ciento
Ultrasonografía con diagnóstico de fibroleiomiomas.	77	57.4
Ultrasonografía con diagnóstico de quiste de ovario.	2	1.4
Ultrasonografía con diagnóstico de hiperplasia endometrial.	1	0.7
Histerosalpingografía con diagnóstico de Fibroleiomioma.	2	1.4
No se realizó.	<u>52</u>	<u>38.8</u>
Total	134	100

Se realizaron en 82 pacientes estudios complementarios, de los cuales 80 correspondieron a ultrasonografía pélvica(59.7%) reportándose una certeza diagnóstica en el 77.5% de los mismos.

Sólo se realizaron 2 histerosalpingografías(1.4%) encontrándose certeza diagnóstica mediante histopatología en los 2.

CUADRO XX  
LEGRADOS UTERINOS PREVIOS

Resultado de histopatología	Casos	Por ciento
Endometrio proliferativo	26	19.4
Endometrio secretor	4	2.9
Endometrio atrófico	5	3.7
Endometrio con hiperplasia simple	22	16.4
Endometrio con hiperplasia adenomatosa	4	2.9
Endometritis	1	0.7
Vellosidades coriales del 1er trim.	2	1.4
No se realizó legrado previo.	<u>70</u>	<u>52.2</u>
Total	134	100

CUADRO XXI  
TRATAMIENTO ESTABLECIDO

Tipo	Casos	Por ciento
Histerectomía total abdominal		
a) Con SOB <sup>+</sup> intrafacial	85	63.4
b) Con SOB extrafacial	27	20.1
c) Con SCU <sup>++</sup> intrafacial	2	1.4
Histerectomía subtotal abdominal con SOB	2	1.4
Histerectomía vaginal sin SOB	1	0.7
Miomectomía	9	6.7
Extirpación de quiste de ovario	1	0.7
Legrado Uterino instrumental.	4	2.9
Conservador mediante progestágenos y revisiones periódicas.	<u>3</u>	<u>2.2</u>
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100</b>

+ Salpingooforectomía bilateral  
++ Salpingooforectomía unilateral

CUADRO XXII  
COMPLICACIONES QUIRURGICAS

Complicaciones	Casos	Por ciento
<b>INMEDIATAS+</b>		
a) Hemoperitoneo	1	2
b) Lesión vesical	2	3.9
<b>MEDIATAS<sup>++</sup></b>		
c) Hematoma de pared abdominal	1	2
d) Eventración postquirúrgica	1	2
<b>TARDIAS<sup>+++</sup></b>		
e) Síndrome climatérico	21	41.1
f) Urosepsis	23	45
g) Abscesos pélvico	1	2
h) Hepatitis post-transfusión	<u>1</u>	<u>2</u>
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

+ Transoperatorio y primeras 6 hrs. de postoperatorio.

++ De 6 a 48 hrs. de postoperatorio.

+++ Más de 48 hrs. de postoperatorio.

RESULTADOS DE HISTOPATOLOGIA

Fueron revisados los reportes histopatológicos de las -- 131 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico con diagnóstico preoperatorio de fibroleiomiomas uterinos encontrando se los siguientes resultados:

- 1.- 117 reportes de útero como producto de las histerectomías realizadas.
- 2.- 9 reportes de nódulos tumorales procedentes de las miómectomía efectuadas.
- 3.- 4 reportes de material obtenido de las pacientes manejadas con legrado uterino.
- 4.- Un reporte obtenida de la paciente que se le realizó extirpación de quiste de ovario.

Se encontraron 117 reportes de ovario, procedentes 116 - de las histerectomías( la histerectomía vaginal fué sin salpingooforectomía) y uno de la extirpación de quiste de ovario.

115 resultados histopatológicos de cérvix provenientes - de las histerectomía( dos fueron subtotales).

121 reportes de endometrio procedentes de las histerectomías y los cuatro legrados uterinos.

CUADRO XXIII  
RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS DE UTERO

	0-200gr.	201-500gr	500gr-más
Diagnóstico confirmado.	15(12.8%)	58(49.5%)	9( 7.6%)
Diagnóstico negado.	28(23.9%)	7(5.9 %)	0
Total	43(36.7%)	65(55.5%)	9 (7.7%)

Fueron reportados 117 úteros con rango de peso que varió de 70 a 2270grs. con una frecuencia mayor en el grupo de ---

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



201 a 500grs.(65 piezas que corresponden al 55.5% del total).

Se confirmó el diagnóstico de fibroleiomiomas uterinos - en 82 casos, lo que corresponde al 70% de certeza diagnóstica. De estos 82 casos, 67 pesaron más de 200grs. (81.7%).

Sumando a estos 82 casos de diagnóstico correcto de fibroleiomiomas los 9 casos de miomectomía que también fueron - confirmados, tenemos 91 casos con diagnóstico confirmado que - corresponde al 67.9% del total de nuestras pacientes.

En 35 casos de los 117 úteros no se confirmó el diagnóstico de fibroleiomiomas que corresponde al 29.8% de índice de error.

De las 77 pacientes a las cuales se le había realizado-- el diagnóstico de fibroleiomiomas uterinos mediante Ultrasono- grafía pélvica se les corroboró certeza diagnóstica a 60 de - ellas(mediante histopatología), lo que corresponde al 78% de - las mismas.

#### NUMERO, SITUACION Y LOCALIZACION DE LOS FIBROLEIOMIOMAS.

En los 91 casos de fibroleiomiomas uterinos corroborados con histopatología se encontraron como únicos 21 lo que co- rresponde al 23%, y como múltiples en 70 casos que correspon- de al 77%.

En cuanto a su localización en el útero fueron reporta- dos : corporales en el 81.4%, cervicales en el 5.5%, subsero- so pediculado en el 5.5%, submucoso pediculado en el 3.7% y - los intraligamentarios en el 3.7% de los casos. Presentando- se localizaciones combinadas en 17 casos (18.6%).

Su situación en el espesor del miometrio fué reportada - de la siguiente manera: intramurales o intersticiales en el - 53% de los casos, subserosos en el 32% y submucosos en el 15% de los casos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

PATOLOGIA MICROSCOPICA DE LOS NODULOS TUMORALES.

En los 91 casos corroborados como fibroleiomiomas uterinos mediante estudio histopatológico, 90 de ellos su elemento principal fué el tejido muscular liso, rodeados de tejido conectivo formando una pseudocápsula, lo que corresponde al --- 98.9% de los mismos.

En una paciente de 42 años de edad se corroboró fibroleiomiomas asociados a leiomiomatosis intravenosa que corresponde al 1% de los casos. Es importante mencionar que el útero de la paciente peso 2270grs. y presentó múltiples nódulos subserosos y uno intramural de 20 x 17 x 12 cms de diámetro.

En otra paciente de 32 años de edad a la cual se le realizó miomectomía única, el nódulo tumoral peso 210grs. y fué clasificado histológicamente como Angiomioma, que corresponde al 1% de los mismos.

CUADRO XXIV

CAMBIOS DEGENERATIVOS DE LOS FIBROLEIOMIOMAS

<u>Degeneración</u>	<u>Casos</u>	<u>Por ciento</u>
Hialina	7	7.6%
Quística	4	4.3%
Mucoide	2	2.1%
Calcárea	2	2.1%
Ninguno	<u>76</u>	<u>83.5%</u>
Total	91	100

Se encontró cambios degenerativos de los fibroleiomiomas en 15 casos ( de los 91 corroborados por histopatología), lo que corresponde al 16.4% de los mismos, encontrándose con una frecuencia mayor la degeneración hialina a la que correspondió el 7.6%.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO XXV  
RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS DE OVARIOS

Resultado	Casos	Por ciento
Ovarios normales	25	21.3
Folículos quísticos	88	75.2
Quistes tecaluteínicos	16	13.6
Quistes endometriósicos	3	2.5
Cistoadenoma seroso	3	2.5
Cistoma seroso	1	0.8
Quiste amarillo	1	0.8

De los 117 reportes histopatológicos de ovario, 25 fueron reportados como normales que corresponde al 21.3% del total.

Los restantes 92 casos fueron reportados con formaciones quísticas, con una frecuencia mayor de folículos quísticos -- los cuales fueron observados en 88 casos que corresponde al 75.2% del total.

CUADRO XXVI  
RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS DE ENDOMETRIO

Endometrio	Casos	Por ciento
Proliferativo	80	68.3
Secretor	10	8.5
Atrófico	5	4.2
Hipotrófico quístico	1	0.8
Basal menstrual	3	2.5
Autólisis	6	5.1
Proliferativo con hiperplasia simple	6	5.1
Hiperplasia adenomatosa quística.	5	4.2
Hiperplasia adenomatosa atípica.	1	0.8
Total	117	100

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

De los 117 reportes de histopatología de endometrio producto de las histerectomías, 105 se pueden considerar normales, que corresponde al 89.7% del total. Los restantes 12 reportes (10.3%), son considerados como anormales, entre los -- que predomina la hiperplasia simple con 6 casos.

De los 4 reportes de endometrio de las pacientes tratadas con legrado uterino, 2 correspondieron a vellosidades coriales del I trimestre, uno a endometrio secretor y el otro a endometrio proliferativo con hiperplasia simple.

CUADRO XXVII

RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS DE TROMPAS DE FALOPIO (116 CASOS)

Resultado	Casos	Por ciento
Normales	102	87.9
Salpingitis aguda	8	6.8
Hidrosalpinx	4	3.4
Endometriosis	<u>2</u>	<u>1.7</u>
Total	116	100

En la mayoría de los casos los reportes histopatológicos de trompas de falopio fueron considerados normales( 87.9%), - encontrándose patología en sólo 12 casos (11.9%).

CUADRO XXVIII

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLÓGICO DEL CERVIX

Diagnóstico	Casos	Por ciento
Exo y endocervicitis crónica quística	40	34.7
Exo y endocervicitis crónica	52	45.2
Exo y endocervicitis crónica con metaplasia escamosa inmadura.	15	13
Cervix normal	<u>8</u>	<u>6.9</u>
Total	115	100

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

De los 115 reportes histopatológicos de cérvix se encontraron alteraciones en 107 que corresponde al 93% del total, con mayor frecuencia la exo y endocervicitis crónica la cual se presentó en el 45.2% de los casos.

En 5 casos se reportaron polipos endocervicales lo que corresponde al 4.3%.

En 3 ocasiones se reportó Displasia grado III que corresponden a las encontradas en los resultados de colpocitológicos.

### CUADRO XXIX

#### DIAGNOSTICOS ANATOMOPATOLOGICOS FINALES

Diagnóstico	Casos	Por ciento
Fibroleiomiomas uterinos	91	69.4
Adenomiosis	31	23.6
Endometriosis 4	4	3
Cistoadenoma seroso	3	2.2
Utero normal	12	9.1
Aborto incompleto del I trimestre <sup>+</sup>	2	1.5
Fólipo endometrial	1	0.7
Hiperplasia simple de endometrio <sup>+</sup>	1	0.7
Endometrio secretor <sup>+</sup>	1	0.7

<sup>+</sup> resultados de los 4 pacientes tratados con legrados uterinos

De las 131 pacientes que recibieron algún manejo quirúrgico se encontraron los anteriores resultados, encontrándose un índice de certeza diagnóstica para los fibroleiomiomas del 69.4%. La adenomiosis se presentó en el 23.6% de los 131 casos.

Se encontró asociación de Fibroleiomiomas y adenomiosis en 13 casos(9.9%), con endometriosis en 1 caso(0.7%) y con cistoadenoma de ovario en 1 caso(0.7%).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO XXX

CORRELACION ENTRE DIAGNOSTICO CLINICO PREOPERATORIO, ULTRASONOGRAFICO, RADIOLOGICO Y DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.

Diagnóstico	Casos	Confirmados	No confirmados
Clinico	52	33(63.5%)	19(36.5%)
Ultrasonografía	80	61(76.3%)	19(23.7%)
Histerosalpingografía.	<u>2</u>	<u>2( 100%)</u>	—
Total	134	96(71.6%)	38 (28.4%)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ANALISIS Y COMENTARIOS

"El conocimiento teórico es un tesoro cuya llave es la -- práctica!"

Th. Fuller.

EDAD Y DISTRIBUCION POR EDADES:

El rango de edad varió de 22 a 56 años, con una frecuencia mayor en la cuarta y quinta década de la vida (85%), similar a la literatura mundial que refiere que aproximadamente el 80% - de las enfermas se encuentran entre los 30 a 50 años de vida - presentando una preferencia especial por las edades preclimaté- ricas (34,50). Nuestra paciente más joven fué de 22 años de - edad a la cuál se le realizó miomectomía con el diagnóstico de esterilidad primaria. La paciente de mayor edad fué de 56 a-- ños, con síntomas principales de tipo compresivo, realizandose le histerectomía total abdominal.

ESTADO CIVIL Y ESTRATO SOCIOECONOMICO:

La mayor parte de las pacientes fueron casadas (cuadro - II), encontrandose sólo 22 solteras (16.4%), 11 de las cuales aún no habían tenido relaciones sexuales. Si se ordenan en - proporción relativa en número de casadas y solteras vistas en la consulta, hay ún porcentaje mucho más alto en las primeras. Esto es los que ha dado la falsa impresión de que sea un neo- plasia predominante en solteras.

Tengase en cuenta, sin embargo, que el fibroleiomioma, - es una de las pocas causas que obligan a una soltera o a una- virgen a consultar al ginecólogo (8,54,65).

En el cuadro III observamos que el 100% de las pacien-- testes correspondieron al estrato socioeconómico medio y bajo, explicable por el tipo de pacientes adscritos a nuestra insti- tución.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Como todas las neoplasias que tienen preferencia por este grupo social, implica factores nutricionales, promiscuidad -- sexual, infecciones ginecológicas manejadas inadecuadamente, etc.

#### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE NEOPLASIAS:

En el 32% de nuestras pacientes se encontraron antecedentes heredofamiliares para neoplasias, lo que no es predominante. Manhart considera probable la existencia de un gen transmisible por herencia, cuya mutación da lugar a la formación de tumores en la musculatura del útero. Algunos piensan en la transmisión por herencia de cierta predisposición, y por consiguiente en un factor colaborador en el complejo de las condiciones generales (11,34,56).

#### INCIDENCIA DE OBESIDAD:

Se ha considerado a la obesidad como tema aparte de las enfermedades asociadas, ya que fué imposible determinar en todos los casos si se trataba de una alteración endócrina. Se observa en el cuadro V que la mayor parte de las pacientes eran obesas (61.1%) lo que concuerda definitivamente con la literatura internacional en que refieren que en estas pacientes son más frecuentes las alteraciones de la regulación hormonal y de la esteroidogénesis periférica (8,13,44,49,58).

#### ENFERMEDADES CONCOMITANTES ASOCIADAS:

De todas nuestras pacientes, 51 presentaron enfermedades concomitantes asociadas (38%) lo cual corresponde con los reportes de diversos autores, siendo las más frecuentes las displasias mamarias (10.4%), la hipertensión arterial (9.7%) y la Colecistitis crónica litiásica (6.7%), comparados con los diversos autores que reportan 25%, 23% y 6% para las anteriores.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Tres de nuestras pacientes presentaron cáncer a otros niveles, dos carvicouterino manejada una con conización cervical y la otra con radioterapia y una con cáncer de mama manejada en el servicio de oncología. Es importante mencionar ésto ya que muchos clínicos comparten la opinión de que el carcinoma-cervical y el útero con fibroleiomiomas coinciden sólo de manera excepcional (34,43,44,54,57).

#### ANTECEDENTE DE CIRUGIA GINECOLOGICA PREVIA:

En el cuadro VII observamos que 59 de nuestras pacientes (44%) tenían el antecedente de cirugía ginecológica previa de las cuales la más frecuentes fué la salpingoclasia bilateral (28.3%) y que con las extirpaciones de quiste de ovario y las miomectomías constituye un antecedente de probable regulación hormonal alterada previamente en estas pacientes (34,55, 58). Las dos pacientes a las cuáles se les había realizado conización cervical fueron, una por cáncer cervicouterino in situ y la otra por displasia severa persistente.

#### GRUPO SANGUINEO Y RH:

En el cuadro VIII se observa que las cifras de distribución de grupo sanguíneo y Rh son las mismas encontradas para la población general y que carece de importancia para la génesis y desarrollo de este padecimiento.

#### ANTECEDENTES GINECO/OBSTETRICOS:

En el cuadro IX apreciamos que el rango de edad de la menarca varió de 8 a 18 años, encontrándose una media de 12 años y que la mayoría de nuestras pacientes presentaron ésta a la misma edad observada en la población general.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En cuanto al ritmo menstrual aproximadamente la mitad de las pacientes fueron catalogadas como dismenorreicas, ya fuera por la presencia de dolor, mastalgia u otras causas de tensión menstrual, así como en el 22% de las pacientes encontramos que la duración de la hemorragia menstrual fué mayor a la considerada normal para la población general lo cual probablemente nos hable de un estrogénismo persistente considerado como factor importante en la génesis de este padecimiento (7,8, 34,43,44,54,58,64).

De las 134 pacientes, 123 tenían vida sexual activa, con un rango de edad de inicio que varió de 13 a 36 años, obteniéndose una media de 21 años que corresponde a la encontrada para la población general. Sólo 11 pacientes fueron vírgenes - lo que corresponde al 8.2% del total, aunque comúnmente se ha hablado de que era una enfermedad de mujeres sin relaciones sexuales el concepto ha variado actualmente, indicando que las relaciones sexuales insatisfechas que conducen a congestión - pélvica es determinante para la génesis tumoral (8,20,50,54,- 58).

La mayoría de nuestras pacientes tenían raridad (86.5%), - con un rango de gestas que varió de 1 a 14 y una frecuencia - mayor en el grupo de multigestas, obteniéndose una media de 5 gestaciones. Además de las 18 pacientes nuligestas, 4 no tuvieron ningún embarazo a término, concluyendo sus gestaciones en abortos incompletos lo que nos resulta en un 16.4% de pacientes que no tuvieron hijos y que en la actualidad es un - concepto válido para la génesis tumoral en que se considera que la grávidéz en un factor que disminuye los riesgos de padecer esta enfermedad (8,34,43).

De las 18 pacientes que no tenían hijos, se corroboró - mediante histopatología que 15 tenían fibroleiomiomas uterinos, 2 endometriosis y una adenocarcinosis.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En lo que se refiere a control de la fertilidad, 69 de nuestras pacientes que corresponde al 51.5% del total llevan algún o algunos métodos, encontrándose con mayor frecuencia la salpingoclasia bilateral(38 casos), luego los hormonales orales(26 casos), hormonales de depósito I.M. en 3 casos y dispositivo intrauterino en 4 casos.

Es frecuente que se mencione a la salpingoclasia bilateral como una agresión al ovario, sobre todo en los casos en que compromete la irrigación de éste, ocasionando alteraciones de regulación estrogénica la cual es frecuentemente mencionada como factor causal de este padecimiento (7,8,43,58).

En cuanto a los hormonales orales y de depósito debemos de recordar que en la década pasada, se registró un notable aumento en la frecuencia de grandes fibroleiomiomas en mujeres jóvenes, de cualquier origen racial, que durante un cierto tiempo ingirieron anticonceptivos que contienen estrógenos. La observación de este fenómeno fortalece el concepto acerca del papel del estrógeno como estimulante del crecimiento de estos tumores (34,44,50,54,58). De las 29 pacientes que llevaron control de la fertilidad mediante hormonales con estrógenos, 23 de ellas se corroboró fibroleiomiomas uterinos mediante histopatología lo que nos da un índice de 80%.

Sólo 4 pacientes utilizaron dispositivo intrauterino y es de sobra conocido que unas de sus principales complicaciones es la congestión pélvica asociada misma que se ha mencionado como frecuente factor causal de los fibroleiomiomas uterinos (54). De estas pacientes con D.I.U 3 de ellas presentaron fibroleiomiomas uterinos mediante histopatología.

#### CUADRO CLINICO:

Las alteraciones menstruales fueron observadas en el 83.5% de nuestras pacientes(cuadro XIV), encontrándose con más frecuencia la hiperpoliproiomenorrea(47%), hiperpolimenorrea(32%), lo cual concuerda con la población mexicana en que

que es citada con frecuencias de 60% aproximadamente y como - principal motivo de consulta (2,24,54).

Es importante mencionar que de las 22 pacientes que no - presentaron alteraciones menstruales, 14 de ellas presentaron fibroleiomiomas uterinos mediante histopatología, 2 acudieron a consulta por esterilidad secundaria y se les realizó miomec- tomía, 4 pacientes fueron reportadas como adenomiosis y acu- dieron a consulta por alteraciones de tipo dismenorreicas y 2 casos fueron reportados como úteros normales acudiendo a la - consulta por síntomas de compresión.

#### SÍNTOMAS DE COMPRESION SOBRE ESTRUCTURAS VECINAS:

De el total de nuestras pacientes, 112 presentaron sín- tomas de compresión, predominando la leucorrea o escurrimien- to vaginal anormal en el 66.4% de todos los casos, mismo que- concuerda con la literatura revisada la cual reporta ésta con una frecuencia de 50-60% (8,43,44,54). Los síntomas compresí- vos sobre paquetes vásculonerviosos se presentaron en el 57%- de los casos pero como son subjetivos hasta cierto punto no - deben ser considerados con demasiada importancia. Los sínto- mas urinarios estuvieron presentes en el 26% de los casos y - con mayor frecuencia la polaquiuria al igual que en los repo- rtes de la literatura mundial en donde son reportados con fre- cuencias aproximadas del 25% (7,43,54,65). Los síntomas sobre aparato digestivo sólo estuvieron en el 11% de las pacientes, y la literatura sólo los menciona en caso de grandes tumora- ciones que comprimen rectosigmoides (2).

#### ALTERACIONES DE LA CONCEPCION:

La mayoría de la literatura reporta esterilidad o infer- tilidad en el 20-30% de las pacientes por diversos factores. En nuestra revisión estuvo presente en el 19.4% de ellas sien- do imposible determinar el factor causal de la misma.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

HALLAZGOS A LA EXPLORACION FISICA:

Se encontraron alteraciones en la morfología del útero - en 130 pacientes, lo que corresponde al 97% de los casos, con una frecuencia mayor los reportados con aumento de volumen, - superficie irregular y consistencia dura (74.6% de los casos)

Es importante mencionar que de 52 pacientes a los que se le realizó el diagnóstico únicamente con exploración clínica, 33 de ellos correspondieron a fibroleiomiomas mediante histopatología lo que corresponde al 63.5% de certeza diagnóstica. Los cuatro útero reportados como normal a la exploración física y que se les realizó el diagnóstico mediante métodos complementarios, sólo uno correspondió a fibroleiomiomas y los otros tres fueron reportados como adenomiosis.

Esto nos corrobora lo referido por la literatura la cual nos refiere que en aproximadamente 80% de los casos el diagnóstico es factible de realizarse clínicamente (7,64,65).

En el 100% de los casos los anexos fueron reportados como normales, alteraciones del cérvix en el 44% referidos con datos de cervicitis y distopia genital presente en el 25.3% - de los casos predominando el cistocele, lo que nos indica --- que frecuentemente los fibroleiomiomas uterinos se acompañan de otras alteraciones en el tracto genital (39).

EXAMENES BASICOS:

En el cuadro XVII se observa la presencia de anemia hipocrómica en el 15% de los casos, estando de acuerdo con la frecuencia e intensidad de las hemorragias genitales, aunque la literatura refleja que estos porcentajes llegan a ser considerablemente mayores, hasta en un 45% de los casos (8, 44,54).

RESULTADO DE COLFOCITOLOGICO:

El rango de valor estrogénico fué de 0 a 88 encontrándose una media de 61 casos y que el 94% de las pacientes presentan

taron valores estrogénicos por arriba de 50 cifras que consideramos elevados para estas pacientes que se encontraban en edades preclimáticas aunque la toma sólo haya sido única, pero que consideramos como una evidencia de acción estrogénica-prolongada y que se considera como uno de los factores determinantes de este padecimiento (8,13,28,34,58).

Se reportaron 3 casos como negativos III con displasias-severas mismos que fueron corroborados mediante resultados de histopatología.

#### ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

Se realizaron estos estudios en 82 pacientes (61.1%), de los cuales 80 correspondieron a la ultrasonografía pélvica en donde se correlacionó un 76.3% de certeza diagnóstica corroborada mediante resultados histopatológicos, índice que se encuentra por debajo de los reportes internacionales quienes refieren en ocasiones hasta el 90-95% de certeza diagnóstica(16,29,40).

Los otros dos estudios realizados fueron histerosalpingografías y en ambos casos correspondieron a fibroleiomomas mediante resultados de histopatología. En los 2 casos las pacientes acudieron a consulta por esterilidad y se apreciaba deformidad importante de la cavidad uterina.

#### RESULTADOS DE LEGRADOS UTERINOS PREVIOS:

A 64 de nuestras pacientes en estudio se les realizó legrados uterinos instrumentales en un lapso de un año antes de recibir tratamiento definitivo, ya sea internadas por el servicio de labor o programadas de la consulta externa según la cuantía de la hemorragia genital. Se aprecian los resultados-observados en el cuadro XX predominando el endometrio proliferativo con 26 casos( 19.4% del total) y endometrio con hiperplasia simple(16.4% del total), cifras semejantes reportadas-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

por otros autores (8,20,24,37).

En los 4 casos reportados como hiperplasia adenomatosa, éstos fueron corroborados mediante histopatología, correspondiendo en dos casos a fibroleiomiomas uterinos, uno a adenomiosis y el otro a endometriosis, padecimientos en los que frecuentemente se encuentran titulaciones elevadas de estrógenos.

#### TRATAMIENTO ESTABLECIDO:

Del total de nuestras pacientes, 131 recibieron tratamiento quirúrgico, con mayor frecuencia la histerectomía (117 casos que corresponden al 87.3% del total), en la mayoría de los casos con salpingooforectomía bilateral y técnica intrafacial, mismo que semeja a los reportes de diversos autores para la erradicación de este problema (18,27,29,31,45,50). En dos casos que corresponden al 1.4% del total se realizó la histerectomía total abdominal con salpingooforectomía unilateral y ambas pacientes eran menores de 35 años. Dos casos reportados de histerectomía abdominal subtotal con salpingooforectomía bilateral, realizadas por dificultades técnicas durante el acto quirúrgico, que coincide con las diferentes publicaciones y las indicaciones de éste método quirúrgico (18,29,50,53). En un sólo caso se realizó histerectomía vaginal sin salpingooforectomía, con diagnóstico de fibroleiomiomas intramurales corroborados por histopatología, sin embargo, ésta indicación se encuentra por debajo de los porcentajes actualmente recomendables (51).

La miomectomía fué indicada en 9 pacientes que corresponden al 6.7% de los casos, en todas para resolver problemas de esterilidad, desconociéndose el resultado de las mismas en cuanto a incidencia de las mismas. Estas cifras están acordes con las publicaciones de diferentes autores para la corrección de problemas de esterilidad frecuentemente asociada a la fibroleiomiomatosis uterina (9,21,41,52).

A 4 pacientes se les realizó legrado uterino instrumental a su ingreso debido a la cuantía de la hemorragia genital reportándose mediante histopatología en dos ocasiones abortos incompletos del I trimestre. En las otras dos pacientes se corroboró el diagnóstico de fibroleiomiomas uterinos mediante clínica y ultrasonografía sin presentar sintomatología posteriormente por lo que se manejaron conservadoramente.

A una paciente que corresponde al 0.7% se le realizó el diagnóstico de fibroleiomiomas siendo intervenida quirúrgicamente y encontrándosele útero sano, resecaándose un cistoadenoma seroso de ovario el cual fué corroborado mediante histopatología.

#### COMPLICACIONES QUIRURGICAS:

Se consideró a las 131 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico, de las cuales 41 presentaron complicaciones secundarias al mismo que corresponde al 31.2%, siendo clasificadas como inmediatas, mediatas y tardías, con mayor frecuencia esta última, entre ellas la urosensitis en 23 pacientes que corresponde al 17.5% del total y el síndrome climatérico en 21 pacientes que corresponde al 16% del total, cifras similares a las de otros autores para la cirugía ginecológica electiva (30,31,45,53).

#### RESULTADOS DE HISTOPATOLOGIA:

Fueron revisados 117 reportes de úteros con un rango de peso que varió de 70 a 2270grs, encontrándose que en la mayoría de los casos (74 que corresponden al 63.3%) éstos pesaron más de 200grs. Fueron reportados 43 útero con menos de 200gr en los cuales en 28 casos el diagnóstico para fibroleiomiomas fué negativo por histopatología y de éste grupo 12 habían sido reportados enteramente normales.

En los 117 úteros enviados al servicio de histopatología se corrobora fibroleiomiomas uterinos en 82, lo que sumados a los 9 casos de miomectomía que también fueron confirmados -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



tenemos 91 casos de fibroleiomiomas uterinos confirmados mediante histopatología que corresponde al 67.9% de índice de certeza diagnóstica.

En cuanto al número de los nódulos tumorales fueron reportados como únicos en el 23% de los casos y como múltiples en el 77%, cifras que definitivamente concuerdan con los reportes de otros autores (2,7,8,34,39,44,50).

En cuanto a su localización y situación así como localizaciones combinadas se encontraron cifras parecidas a las mencionadas por los autores antes citados.

En el 98.9% de los casos la estirpe histológica reportada fué de tejido muscular liso con una pseudocápsula de tejido conectivo y en un caso se asocio a leiomiomatosis intravenosa que raramente es observada (1,44,50,63). Además en un caso de miomectomía única se reportó angiomioma lo cual es reportado por diversos autores como de extremada rareza (12,25)

Se encontró cambios degenerativos de los fibroleiomiomas en 15 pacientes que corresponde al 16.4% de los casos corroborados, con más frecuencia la degeneración hialina (7.6%) y posteriormente la quística (4.3%) cifras iguales a las citadas por otros autores (8,43,44,50,64).

Los resultados histopatológicos de ovarios, trompas y el cérvix mostraron alteraciones frecuentemente observadas en casos de enfermedades que se encuentran alteraciones de la regulación hormonales con estrogénismo persistente como los folículos quísticos ováricos y los tecaluteínicos, los cambios histológicos hormonales del cervix y la asociación de los diagnósticos anatomopatológicos finales como la adenomiosis y la endometriosis que frecuentemente son mencionados por los diversos autores (2,7,8,24,30,31,34,44,50,54,55,56,65).

Cuatro pacientes recibieron tratamiento mediante legrado uterino, reportandose en dos de éstas vellosidades coriales - del I trimestre descartandose el diagnóstico de fibroleiomiomas. Las otras dos pacientes presentaron hiperplasia simple de endometrio y endometrio secretor pero en ambos casos hay - el diagnóstico de fibroleiomiomas mediante cuadro clínico, exploración física y ultrasonografía pélvica.

Las 3 pacientes que fueron manejadas conservadoramente - tenían el diagnóstico establecido de fibroleiomiomas mediante cuadro clínico, exploración física y ultrasonografía pélvica (referido como fibromiomatosis uterina de pequeños elementos), y a dos se le habían realizado legrados uterinos hace tiempo que orientaban a confirmar el diagnóstico. Fueron manejadas con medroxiprogesterona 150mg I.M. cada 4 semanas y revisiones periódicas cada 3 meses, colpocitológicos de control encontrandose en la actualidad asintomáticas.

Por lo tanto, sumandose los 91 casos comprobados mediante histopatología, los 2 casos de legrados uterinos mencionados anteriormente y las 3 pacientes manejadas en forma conservadora nos resulta en 96 casos de fibroleiomiomas uterinos -- confirmados lo que corresponde al 71.6% de las 134 pacientes estudiadas.

El error diagnóstico se presentó en 38 pacientes lo que corresponde al 28.3% del total de nuestra pacientes estudiadas.

CONCLUSIONES

"Entre todos los hombres existe una oposición natural a cualquier idea que no sea suya.

B.W.

- 1.- Fué imposible determinar la frecuencia absoluta de la fibroleiomiomatosis uterina, encontrándose en nuestro Centro Hospitalario una frecuencia relativa del 8.8% misma que concuerda por los reportes emitidos por instituciones nacionales y es alta en comparación con otras instituciones internacionales.
- 2.- El 85% de las pacientes con fibroleiomiomas uterinos se encuentran entre la cuarta y la quinta década de la vida presentando una preferencia especial por las edades preclimáticas, siendo excepcionalmente raro antes de los 20 años de edad.
- 3.- Deberá considerarse la posibilidad de transmisión por herencia de cierta predisposición para el desarrollo de estas neoplasias.
- 4.- Las pacientes obesas o las que cursan con enfermedades generales asociadas deben ser consideradas con pacientes ginecológicas de alto riesgo.
- 5.- El antiguo concepto de enfermedad de solteras ha sido cambiado por el de " enfermedad de mujeres sin hijos".
- 6.- El hiperestrogénismo fué demostrable en la gran mayoría de las pacientes con fibroleiomiomas uterinos y se consideró como factor determinante en la génesis tumoral.

- 7.- La dismenorrea y el aumento en días de la menstruación - fueron factores observados comúnmente en las pacientes - con fibroleiomiomas uterinos.
- 8.- La mayoría de las pacientes tuvieron paridad (86%), con un promedio de 5 gestaciones, no considerandose como un factor determinante en la génesis de estas neoplasias.
- 9.- Más de la mitad de las pacientes utilizaron métodos de - control de la fertilidad, los cuales se consideran factores de realización para la génesis de estas tumoraciones.
- 10.- Las alteraciones menstruales con hemorragia uterina anor mal y los síntomas de compresión sobre estructuras veci nas fueron los motivos de consulta más frecuentemente ob servados, y el índice encontrado de pacientes con altera ciones de la concepción fué el mismo que el reportado -- por otrás instituciones nacionales e internacionales.
- 11.- Una exploración ginecológica detallada y la ultrasonográ fía pélvica en manos expertas nos llevan al diagnóstico- correcto en la gran mayoría de los casos.
- 12.- El legrado uterino instrumental fraccionado biopsia debe rá realizarse en todas las pacientes con fibroleiomiomas uterinos antes de decidir la conducta terapéutica para - confirmar las alteraciones endócrino - ováricas y descar tar malignidad.
- 13.- El 98% de las pacientes recibieron tratamiento quirúrgi- co, con más frecuencia la histerectomía total con salpin gooforectomía bilateral. La histerectomía subtotal es - un valioso recurso en casos en que se presentan dificul tades técnicas quirúrgicas. La miomectomía fué realiza da en pacientes con alteraciones de la concepción.

- 14.- El 31% de las pacientes que fueron tratadas quirúrgica--mente presentaron morbilidad, siendo las consideradas como tardías las más frecuentemente observadas, entre éstas predominando la urosepsis y el síndrome climatérico, con cifras acordes con la literatura revisada.
- 15.- El tratamiento médico conservador y deberá ser valorado - en cada caso en particular, considerando la intensidad y nãturalaleza de los síntomas así como el riesgo quirúrgico.
- 16.- El índice de certeza diagnóstica corroborada con histopatología para fibroleiomiomas uterinos fué de 71.6% cifra ligeramente más alta que la reportada por otrás institu--ciones nacionales.
- 17.- Los resultados histopatológicos de ovarios, trompas de - falopio y cérvix mostraron las mismas alteraciones que - frecuentemente son observadas en enfermedades que cursan con disfunción estrógenos - progesterona y en las que -- predominan titulaciones elevadas de estrógenos.
- 18.- La adenomiosis y la endometriosis fueron los resultados--histopatológicos más frecuentemente ~~asociados~~ asociados con este - padecimiento, cifras observadas en otros reportes nacio--nales e internacionales.
- 19.- El índice de error diagnóstico corroborado con histopatología fué de 28.3%, encontrandose 12 reportes de úteros--considerados normales en los cuales no se justifica la - extirpación.
- 20.- Para indicar la extirpación del útero es obligatorio me--ditar y valorar en cada caso la trascendencia desfavora--ble para la mujer a quien se priva de tal órgano que es-

escencial para la reproducción y complementario para la -  
integración psicobiológica y que tiene además un gran --  
significado desde el punto de vista emocional, conyugal y  
social.

21.-Desafiando la moda que pretende que cada uno se crea dig-  
no de obtener el premio Nobel, sobrecargando los laborato  
rios con dosificaciones inútiles y volviendo a describir  
los que ya ha sido demostrado en más de diez ocasiones, -  
el clínico debe elegir cuidadosamente las exploraciones -  
necesarias y suficientes, apoyándose en una exploración -  
clínica meticulosa.

Es habitual decir que el precio no debe ser obstáculo pa-  
ra una exploración justificada, pero la prescripción sin -  
motivo, además de acabar por persuadir a individuos en --  
perfecto estado de salud de que se hallan gravemente afec-  
tos, incide de forma abusiva sobre el presupuesto que la-  
sociedad reserva a los cuidados de los enfermos y acaba, a  
la larga, por comprometer la seguridad de todos.

BIBLIOGRAFIA

"Abre las puertas a la ignorancia y dejala huir de tí".

S. Hugs.

- 1.- Abell M.R.; Littler E.R. Benign metastasizing uterine leiomyoma. Multiple lymph nodal metastases. CANCER(Philad U.S. A.), 1975, 36/6 pags. 2206-2213.
- 2.- Alfonso Alvarez Bravo; Efraín Vásquez. Evaluación etiopatogénica de los síntomas que acompañan a la fibromiomatosis uterina. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. XV. -- Enero-Feb. 1969 pags. 25-44.
- 3.- Ariel I.M.; Trinidad S. Pulmonary metastases from a uterine leiomyoma. Report of a case: evaluation of differential diagnosis and treatment policies. Am. J. Obstet. Gynecol. - (U.S.A.), 1-jan-1966, 94(1) pags. 110-116.
- 4.- Banooni F.; Labes J.; Goodman F.A. Uterine leiomyoma containing metastatic breast carcinoma. Am. J. Obstet. Gynecol. - (U.S.A.), 1-oct-1971, 111(3) pags. 427-430.
- 5.- Baruffi I.; Franco O.C. Uterine leiomyoma with sarcomatous transformation. Hospital(Río de J. Brasil), Sep. 1966, 70-(3) pags. 691-699.
- 6.- Becerra Cárdenas Alfredo. Sarcoma uterino en el C.H. 20 de Noviembre. México D.F. Tesis de postgrado. 1975.
- 7.- Benson Ralph C. Ginecología y Obstetricia. Trastornos de el cuerpo uterino. Editorial el Manual Moderno, S.A. ---- México D.F. 1981, pags. 224-229.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

...75

- 8.-Botella Llusia. Tratado de Gineco/obstétrica. Mioma uterino. Tomo III. Ed. János, Barcelona España. 1980 pags. -- 561-590.
- 9.-Brooks Ranney, M.D. and Irene Frederick, M.D. The occasional need for miomectomy. Obstetrics & Gynecology (U.S.A.), April 1979, Vol. 53(4) pags. 437-441.
- 10.-Campobasso O.;Martino F. A case of uterine leiomyoma --- with rapid and fatal course. Cancro(Italy), 1967, Vol. 20 (4) pags. 433-460.
- 11.-Clayton T. Beecham, M.D.;John Skienzielewski, M.D. Myoma in association with Mayer-Rokitansky-Kuester syndrome. AM. J. Obstet. Gynecol.(U.S.A.), October 1 1977, Vol. 129(3)- pags. 346-348.
- 12.-Comas Funallet J. Formas histológicas poco frecuentes -- del leiomioma del útero. Progr. Obstet. Ginec.(Barcelona-España), 1974, Vol. 17(1) pags. 131-142.
- 13.-Coutinho E.M. Conservative treatment of uterine leiomyoma with antiestrogen R-2323. Maternidade Climerio Oliveira , Salvador, Bahia, Brasil. Int. J. Gynaecol. Obstet. 1981 , Vol. 19(5) pags. 357-360.
- 14.-Dan S.J.;Lanzieri C.F. Atypical calcification of a uterine leiomyoma. Mt. Sinai J. Med.(N.Y., U.S.A.), 1982, Vol. 49(1) pags. 63-65.
- 15.-David R. Millar Dr. Uso de laparoscopia en Ginecología.- Ginecología y Obstétrica, Temas Actuales. Ed. Interamericana, México D.F. 1980, Vol 3, pags. 571-590.
- 16.-David Muram,M.D.;Martin Gillieson,B.D.;Jack H. Walters. - Myomas of the uterus in pregnancy: Ultrasonographic follow



- Am. J. Obstet. Gynecol.(U.S.A.), Sept. 1 1980, Vol 136(16)  
pags. 16-19.
- 17.-David Salas Villamar. Radiología Ginecológica. Exploraciones funcionales en Ginecología. Memorias del curso teórico para Gineco/obstétricas y Médicos Cirujanos. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. México D.F. ,  
Abril de 1982, pags. 44-51.
- 18.-Delgado Urdapilleta Jorge; Gasque López Fernando; Marín Rufino Raúl. Histerectomía abdominal: Estudio de 300 casos. Ginecología y Obstetricia de México. Marzo 1982, Vol 50 -  
(299) pags. 57-63.
- 19.-Evans A.T. 3d, et. al. A giant fibroid uterus. Obstet.-  
Gynecol. Sept. 1979, Vol. 54(3) pags. 385-386.
- 20.-González Merlo J. Síndromes Ginecológicos. Hemorragias uterinas anormales. Formulario Médico Daimon. México D.F.-  
1980, pags. 5-8.
- 21.-Harold M.M. Tovell; Leonard D. Dank. Operaciones Ginecológicas. Miomectomía. Salvat Ed. S.A. Barcelona España. --  
1981, pags. 71-79.
- 22.-Harris N.G.; Bannatyne P.; Russell F. Chronic consumptive --  
coagulopathy a uterine leiomyoma. Aust. N.Z. J. Obstet. -  
Gynaecol.(Australia), 1982, Vol. 22(1) pags. 54-58.
- 23.-Heffernan L.M.F.; Fraser R.C. L-5 radiculopathy secondary  
to a uterine leiomyoma in a primigravid patient. Am. J. -  
Obstet. Gynecol.(U.S.A.), 1980, Vol. 130(4) pags. 460-461.
- 24.-Hernández Servín Mario. Metrorragia disfuncional. C.H. -  
20 de Noviembre, México D.F. Tesis de postgrado, 1982.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

...77

- 25.-Honore L.H. Uterine leiomyoma with hemangiopericytomatous foci: Histogenetic implications. Am. J. Obstet. Gynecol.- (U.S.A.), 1977, Vol. 127(8) pags. 891-892.
  
- 26.-Iain R. Macfayden. Dolor ginecológico en la parte baja - del abdomen. Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales. - Ed. Interamericana, México D.F. 1981, Vol. 1, pags. 35-48.
  
- 27.-James A. Merrill. Tratamiento de la hemorragia posmenopáusica. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Ed. Interamericana, México D.F. 1981, Vol. 1, pags. 287-301.
  
- 28.-Jean D. Wilson. The use of estrogens after menopause. N. Engl. J. Med.(U.S.A.), 1982, pags. 197-204.
  
- 29.-Jenkins V.R. 2nd. Unnecessary-elective-indicated? Audit - criteria of the American college of Obstetricians and Gynecologist to assess abdominal hysterectomy for uterine - leiomyoma. Q.R.B. May 1977, Vol. 3(5) pags. 7-21.
  
- 30.-J. Joel-Cohen y cols. Indicaciones de la hysterectomía. Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales. Ed. Interamericana, México D.F. 1978, Vol. 3, pags. 525-543.
  
- 31.-John D. Thompson. Indicaciones para la hysterectomía. -- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Ed. Interamericana, México D.F. 1981, Vol. 4, pags. 1255-1268.
  
- 32.-Johnson H.R.; Miller J.M. Intestinal obstruction caused - by a uterine leiomyoma. South. Med. J.(U.S.A.), 1980, Vol. 73(6), pags. 831-832.
  
- 33.-Kaikini, A.S.; Peshmukh, V.B. Uterine leiomyoma in a goat. Indian Vet. J. 1977, Vol. 54(7) pags. 583.
  
- 34.-Kaser O. Friedberg V. Ginecología y Obstetricia. Tomo III Ed. Salvat, Barcelona España. 1979, pags. 339-352.

- 35.--Louis A. Vontver, N.D. Differential diagnosis Gynecology. ARCO Diagnosis Series(U.S.A.). 1978, pags. 156.
- 36.--Livolsi V.A. et. al. Uterine fibrolipoleiomyoma or adenomatoid tumor. Am. J. Obstet. Gynecol.(U.S.A.), Sep. 1979, Vol. 135(2) pags. 273.
- 37.--Machuca Trinidad Aaron. Adenocarcinoma de endometrio, -- clínica y tratamiento. C.H. 20 de Noviembre, ISSSTE, México D.F. Tesis de postgrado, 1978.
- 38.--Manabe T.; Fukuya T.; Tsukayama C. Breast carcinoma metastatic to uterine leiomyoma. Report of Two cases and review of literature.(Resumen en inglés). Acta Pathol. JPN. (Japan), 1979, Vol. 29(6) pags. 967-973.
- 39.--Marcus A. Krupp. Mioma Uterino. Diagnóstico Clínico y -- Tratamiento. Ed. El Manual Moderno, México D.F. 1981, pag. 519-521.
- 40.--Miguel Stoopon; Veronique Barois; Manuel Cardoso. El ultrasonido en Ginecología. Memorias del curso teórico para Gineco/obstétricas y médicos cirujanos. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, México D.F. Abril de 1982, pags. 52-61.
- 41.--Melvin L. Taynor. Infertilidad. Factores uterinos. Nva. Ed. Interamericana, México D.F. 1981, pags. 97-103.
- 42.--Milia S.; Firinu C. A case of uterine leiomyoma in a 17 - yr-old girl (resumen en inglés). Minerva Ginecol.(Italy), 1980, Vol. 32(10) pags. 909-911.
- 43.--Novak Edmund R. Tratado de Ginecología. Ed. Interamericana, México D.F. Novena edición. 1977, pags. 352-365.

- 44.-Novak E.R.;Woodruff J.D. Mioma y otros tumores benignos del útero. Gynecol. and Obstet. Pathology. W.B. Saunders-Co. Philadelphia(U.S.A.), 1978, pags. 269-282.
- 45.-Pamela Buck;Dr. Albert Singer. Hacia la reducción de la morbilidad y mortalidad operatoria. Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales. Ed. Interamericana, México D.F. - 1978, Vol. 3, pags. 729-741.
- 46.-Payan H.;Monges G;Jouve M.F. An unusual case of uterine leiomyoma: Exophytic grapelike development in the pelvic-peritoneum (resumen en inglés). Arch. anat. Cytol. Path. (France), 1980, Vol. 28(1) pags. 45-49.
- 47.-Persaud V.;Arjoon P.D. Uterine leiomyoma. Incidence of - degenerative change and a correlation of associated symptoms. Obstet. Gynecol.(U.S.A.) Mar. 1970, Vol. 35(3) pags. 432-436.
- 48.-P.F. Lyons;S.P. Lewis. Dolor en Ginecología. Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales, Ed. Interamericana, México D.F. 1981, Vol. 1, pags. 9-15.
- 49.-Reddy V.V.;Rose L.I. Deltasup 4-3-Metosteroid 5 alpha -- oxidoreductase in human uterine leiomyoma. Am. J. Obstet. Gynecol.(U.S.A.), 1979, Vol. 135(3) pags. 415-418.
- 50.-Richard W. Te Linde. Miomas del Utero. Ginecología operatoria. Ed. El Ateneo S.A. México D.F. Quinta edición, --- 1976, pags. 164-194.
- 51.-R.M. Feroze. Histerectomía vaginal y reparación. Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales. Ed. Interamericana, México D.F. 1978, Vol. 3, pags. 545-555.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

- 52.--R.M.L. Winston. Progresos en cirugía tubaria. Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales. Ed. Interamericana, México D.F. 1981, Vol. 3, pags. 625-651.
- 53.--Rodríguez Kuri César A. Morbimortalidad en la Histerectomía de Urgencia. C.H. 20 de Noviembre ISSSTE, México D.F. Tesis de postgrado, 1983.
- 54.--Roberto N. Nava Sánchez. Tumores benignos del cuerpo uterino. A.M.H.G.O. No. 3. Ed. El Ateneo. 1978, pags. 841 -- 852.
- 55.--R.W. Taylos. Síntomas adversos relacionados con la menstruación. Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales. Ed. Interamericana, México D.F. 1981, Vol. 1, pags. 107-115.
- 56.--Sir John Dewhurst. Integrated Obstetrics and Gyneacology for Postgraduates. Ed. Blackwell(U.S.A.), 3a edición, --- 1981, pags. 696-703.
- 57.--Spiro R.K. Breast cancer metastatic to uterine leiomyoma. J. Med. Soc. N.J.(U.S.A.) Apr. 1979, Vol. 76(4) pags. 285 a 287.
- 58.--Thomas D.B. Role of exogenous female hormones in altering the risk of benign and malignant neoplasms in humans. Cancer Res.(U.S.A.) Nov. 1978, Vol. 38(11) pags. 3991-4000
- 59.--Toyama K.;Fujiyama N. Erythrocytosis associated with uterine leiomyoma. A report of the first case in Japan(resumen en inglés). Jap. J. Clin. Hematol.(Japan) Dec. 1973 , Vol. 14, pags. 1440-1446.
- 60.--Treissman D.A.;Randall P.T. Epidural use of morphine in managing the pain of the carneous degeneration of a ute-

- rine leiomyoma during pregnancy. Can. Med. Assoc. J. ----  
(Canada) Mar. 1 1982, Vol. 126(5), pags. 505-506.
- 61.-Villalobos Román Manuel. Exploración Endoscópica en Ginecología y Obstetricia. Exploraciones funcionales en Ginecología. Memorias del curso teórico para Gineco/obstétricas y Médicos cirujanos. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, México D.F. Abril 1982, pags. 83-103.
- 62.-William E. Lucas. Hemorragia postparto. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Ed Interamericana, México D.F. -- 1980, Vol. 2, pags. 649-658.
- 63.-Wood C.;Bouchelle W.H. Benign mesothelioma simulating a-uterine leiomyoma. Am. J. Obstet. Gynecol.(U.SA.),1978, - Vol. 132(2) pags. 225-226.
- 64.-Willson J.;Clayton T. Beecham. Hipertrofia uterina benigna. Obstetricia y Ginecología. Ed. Salvat, Barcelona España. 1977, pags. 644-650.
- 65.-Woods R. Lesions of de corpus uteri. Ginecologic Disorders. ARCO Ed. 1978, pags. 943-952.
- 66.-Miranda Lamadrid Mario. Correlación anatomoclínica de -- las hysterectomías realizadas en el C.H. 20 de Noviembre, ISSSTE. Revisión de 1 año. Tesis de postgrado, 1981.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN