

11217



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

48

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
E INVESTIGACION

HOSPITAL DE LA MUJER DE LA SECRETARIA DE SALUD

**SARCOMA UTERINO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.**  
**REVISION DE 1998 - 2002**

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE  
**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

P R E S E N T A :  
**DR. MIGUEL ANGEL GARCIA GARCIA**

ASESOR DE TESIS: DR. ESTEBAN GARCIA RODRIGUEZ

TESIS CON  
VALOR DE ORIGEN

A

2003



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).

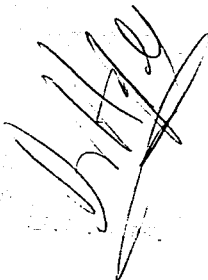
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

  
DR. ESTEBAN GARCIA RODRIGUEZ  
ASESOR DE TESIS



HOSPITAL DE LA MUJER  
FEATURA DE ENSEÑANZA

  
DRA. MA. DE LOURDES MARTINEZ ZUÑIGA  
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA



B

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE.

Marco teórico .....	1
Planteamiento del problema .....	9
Pregunta de investigación .....	10
Objetivo general y específicos .....	11
Diseño de investigación y metodología .....	12
Descripción de variables .....	13
Descripción operativa del estudio .....	14
Resultados .....	15
Análisis de resultados .....	16
Conclusiones .....	17
Bibliografía .....	18
Anexo A .....	19
Anexo B .....	20
Anexo C .....	21
Anexo D .....	22
Anexo E .....	23

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

C

## **AGRADECIMIENTOS.**

### **A MI ESPOSA:**

**Brissia, por su apoyo incondicional en todos mis proyectos.**

### **A MI MADRE Y HERMANOS:**

**Por su valioso apoyo moral durante esta etapa de mi formación profesional.**

### **A MIS MAESTROS:**

**Por que gracias a sus enseñanzas podré enfrentarme a los retos que profesionalmente se me presenten.**

### **A MI HOSPITAL:**

**Por que me permitió alcanzar mi trascendental objetivo, ser Gineco-Obstetra.**

### **A MIS PACIENTES:**

**Por haber depositado en mí su confianza.**

### **A MIS COMPAÑEROS:**

**Por su amistad, sinceridad y confianza**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

D

## MARCO TEORICO.

El sarcoma uterino es una rara entidad que representa solamente del 1 al 3% de los cánceres uterinos. A pesar de su rareza, el sarcoma uterino produce el 15% de las muertes por tumores uterinos (1).

De acuerdo con datos registrados en Estados Unidos, la incidencia anual del leiomioma, sarcoma del estroma endometrial y del carcinosarcoma es de 0.64 / 100 000, 0.19/100 000 y 0.80/100 000 respectivamente (2).

Para I. Szabo y colaboradores, los sarcomas del útero representan del 1 al 5% de todos los tumores malignos del útero, el tipo histológico más común está representado para ellos por el leiomioma, sarcoma del estroma endometrial posteriormente y finalmente por el carcinosarcoma (3).

En un estudio realizado por Kably Ambe y colaboradores en México, la incidencia de estos tumores es del 3 al 5% de todos los cánceres uterinos (4).

La edad de la paciente al momento del diagnóstico es variable, oscilando desde la segunda hasta la octava década de la vida, con una media de 57.7 años (11).

A. Gadduci y colaboradores reportan una media de edad de 59 años (2), Chin-Hsiung y colaboradores reportan una media de edad de 43.7 años con un rango de edad de 22 a 65 años (5).

Los leiomiomas se producen en mujeres más jóvenes que los otros tipos de sarcomas. Igual que con el carcinoma de endometrio, la obesidad, hipertensión y diabetes mellitus, son enfermedades asociadas apareciendo en el 18%, 11% y 8% respectivamente de las pacientes con sarcoma uterino (1).

Los leiomiomas son neoplasias altamente malignas y representan aproximadamente el 1% de todos los tumores malignos del útero. El riesgo de recurrencia local y metástasis es alto. En el reporte de Klaus Bodner y colaboradores, la supervivencia a 5 años es del 12 al 25% (7).

Su etiología no está definida, el estado civil es un factor de riesgo, en mujeres no casadas aumenta la incidencia en un 50%, el uso de hormonales como método de planificación familiar solo con estrógenos es considerado un factor de riesgo importante, numerosos autores han encontrado sarcoma uterino posterior a radiaciones por cáncer cervicouterino.

El síntoma más común para todos los sarcomas uterinos, es la hemorragia vaginal irregular (80%), dolor pélvico o abdominal (16%), aumento del tamaño del útero, masa pélvica o abdominal (9.5%) (1).

F. Amant y colaboradores en el estudio que realizaron a 49 casos de sarcoma uterino encontraron la siguiente distribución de síntomas y signos clínicos: Sangrado 73%, dolor abdominal bajo 43%, crecimiento uterino 23%, presencia de masa a nivel cervical 24%, constipación 8%, datos de obstrucción urinaria 6%, ascitis 2% (8).

Salazar y colaboradores en su estudio informaron que el 86% de sus pacientes tenían hemorragia vaginal, 15% con masa tumoral a nivel cervical como síntomas más frecuentes (4).

La mayoría de las pacientes debutan con hemorragia uterina, con frecuencia se realiza la evaluación habitual, que incluye citología, y un muestreo fraccionado de endometrio y endocervix, la citologías son positivas sólo cuando hay un sarcoma del estroma endometrial, y no así en los leiomiomas (9).

El tamaño y el tipo del tumor, así como su localización en la cavidad uterina, el mecanismo y procesamiento de la muestra, son factores importantes para el diagnóstico del sarcoma uterino.

Existen diferentes métodos para la toma de biopsia del endometrio, en 1984, Corner en París, desarrolló el aspirado de endometrio a través de la cánula de Pipelle.

En 1996, en la Universidad de Indiana, Tao diseñó un nuevo método para la toma de biopsia de endometrio, en su estudio de 2000 casos reporta una sensibilidad y especificidad del 100% (9).

La cánula de Pipelle es un tubo rígido de propileno, que permite tomar muestras sólo del fondo uterino, segmento y canal endocervical, a diferencia de la cánula de Tao, que emplea un doble brazo de acero inoxidable, el cual es flexible y tiene un alcance tanto longitudinal como lateral del útero (9).

Dentro del protocolo de estudio, se utiliza la radiografía de tórax, y serie ósea metastásica en búsqueda de posibles metástasis (6).

Los factores más importantes que influyen en el pronóstico de los sarcomas uterinos están: la extensión del tumor, tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y el diagnóstico, invasión miometrial, presencia de vasos atípicos en la tumoración, edad menor de 50 años y grado histológico (5).

Ober clasificó estos tumores como puros o mixtos, con componentes homólogos o heterólogos. Los sarcomas puros contienen un solo elemento reconocible mientras que los mixtos, contienen uno ó más elementos.

Los elementos sarcomatosos son posteriormente clasificados como homólogos conteniendo tejido del útero, (músculo liso, estroma endometrial o vasos sanguíneos y linfáticos.); o heterólogos con tejidos no procedentes del útero (hueso, cartílago, músculo esquelético o grasa) (1, 6, 4).

#### *CLASIFICACION DE OBER DE LOS SARCOMAS DE UTERO.*

##### HOMOLOGOS

Sarcoma estromal (miosis estromal endolinfática)  
Leiomiomasarcoma  
Angiomiosarcoma  
Fibrosarcoma

##### HETEROLOGOS

Rabdomiosarcoma  
Condrosarcoma  
Osteosarcoma  
Liposarcoma

##### MIXTOS

Carcinosarcoma

Tumores de Müller mixtos  
(Tumor mesodérmico mixto)

Debido a la rareza de algunos tipos histológicos, el Gynecology Oncology Group (GOG), ha adoptado una versión simplificada, siendo la más utilizada actualmente

#### *CLASIFICACION DE LOS SARCOMAS UTERINOS ADOPTADA POR EL GOG*

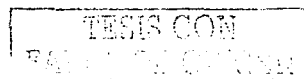
Leiomiomasarcomas.

Sarcomas del estroma endometrial.

Sarcomas Mülllerianos mixtos homólogos (Carcinosarcoma).

Sarcomas Mülllerianos mixtos heterólogos (Sarcoma mesodérmico mixto).

Otros sarcomas.

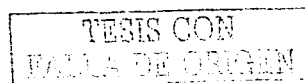




No existe ningún sistema de estadificación aceptado para los sarcomas uterinos, el sistema de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), es el que se aplica con más frecuencia, en este sistema han sido incorporados dos factores pronósticos: Grado y Profundidad de la invasión miometrial.

*ESTADIFICACION QUIRURGICA DE LA FIGO PARA EL CARCINOMA DE CUERPO UTERINO.*

Estadio IA	Tumor limitado al endometrio.
Estadio IB	Invasión de menos de la mitad del miometrio.
Estadio IC	Invasión de más de la mitad del miometrio.
Estadio IIA	Afección de las glándulas cervicales.
Estadio IIB	Afección del estroma cervical.
Estadio IIIA	Tumor que invade la serosa o los anexos o citología Peritoneal positiva.
Estadio IIIB	Metástasis vaginales.
Estadio IIIC	Metástasis en la pelvis o ganglios linfáticos paraaórticos.
Estadio IVA	Tumor que invade mucosa de vejiga e intestino.
Estadio IVB	Metástasis a distancia, incluyendo intraabdominales o Ganglios inguinales.



### *LEIOMIOSARCOMA.*

Es el sarcoma más común del útero, puede estar asociado a un mioma del útero (6). Existe considerable discusión entre el leiomioma celular y el leiomioma atípico, ambas categorías se distinguen de un leiomiosarcoma verdadero, principalmente por el recuento mitótico del tumor.

Taylor y Norris, consideran que un recuento de 10 mitosis por campo de resolución, da lesiones benignas, si es mayor el pronóstico es grave, aunque no es el único factor que se considera para determinar su malignidad, otros factores que se incluyen son invasión vascular, extensión extrauterina, menopausia persistente y atipia celular (9).

### *SARCOMA DEL ESTROMA ENDOMETRIAL.*

El síntoma más común del sarcoma del estroma endometrial, es la hemorragia transvaginal, también lo constituyen el aumento asintomático del tamaño del útero y la existencia del dolor o una masa pélvica. En general, los tumores son masas blandas, carnosas y suaves, de superficie polipoide que pueden invadir la cavidad endometrial, también se han descrito la forma de pólipos múltiples, así como el color amarillo característico de muchas de estas lesiones (1, 11).

En ocasiones la pared uterina está aumentada difusamente de tamaño por el tumor, sin que exista una masa tumoral distinguible.

Los tumores del estroma endometrial suelen clasificarse en dos grupos: miosis estromal endolinfática y sarcoma del estroma endometrial (6).

La miosis estromal endolinfática suele considerarse como un sarcoma estromal de bajo grado. La lesión puede tener un patrón infiltrante de crecimiento lento, y al cortar el tejido superficial puede proyectarse hacia el exterior adoptando la forma de una lombriz. Este tipo de proyecciones, puede encontrarse en los vasos sanguíneos y el ligamento ancho (6).

### *SARCOMA DE MÜLLER MIXTO.*

También llamados tumores de Müller mixtos, dentro de estos tumores se encuentran los tumores de Müller malignos homólogos y heterólogos. Es necesario identificar carcinomas y sarcomas, estos tumores pueden ser agresivos, se extienden de forma precoz a ganglios linfáticos regionales y tejido adyacente (6).

La invasión microscópica más común es a vasos sanguíneos y linfáticos, la diseminación hematogena más común es a pulmón y a hígado (6).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Un número apreciable de pacientes puede tener un tipo de crecimiento polipoide, que puede estar asociado con miomas. Son frecuentes la hemorragia o necrosis tumorales.

Los pacientes con elementos heterólogos tienden a tener una patología más avanzada, tanto local como a distancia que las afectadas por tumores homólogos. El tipo que se observa con mayor frecuencia es el rdbdomiosarcoma.

La diseminación y el comportamiento biológico así como la forma de metástasis de estos tumores sigue siendo mal definida.

Los sitios de metástasis principales son: Pulmón 69%, abdomen 60%, hueso 24%, y cerebro 4% (5).

Las diferentes variantes histológicas, la atípia celular, los índices mitóticos de los sarcomas uterinos afectan de forma significativa la vascularidad intramural y los flujos de los vasos sanguíneos de los sarcomas uterinos, pudiendo ser utilizados por ultrasonido Doppler color pulsado (3,9).

Estas mismas variantes han sido analizadas en estudios previos por diferentes autores, llegando a ser contradictorios.

I. Szabo y colaboradores, sugieren que usando el índice de resistencia y el índice de pulsatilidad intramural tumoral se puede diferenciar entre leiomioma uterino y sarcoma uterino. Ellos mencionan que un índice de resistencia mayor de 1.5 y un índice de pulsatilidad menor de 1, tiene una sensibilidad de 66.6% y una especificidad de un 88.3% (3).

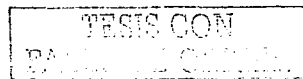
Es importante considerar el bajo número de publicaciones de estudios realizados de ultrasonido Doppler color pulsado y sarcoma uterino, sin embargo, no se debe de olvidar que es un recurso más en el diagnóstico de sarcoma uterino (3).

### *TRATAMIENTO.*

La histerectomía total abdominal (HTA) y la salpingooforectomía bilateral se han considerado como el sello de garantía de la terapéutica de sarcomas uterinos. Algunos autores han preconizado la adición de linfadenectomía pélvica bilateral, sobre todo en las lesiones de bajo grado ya que las diseminaciones pélvicas son comunes y el valor de la terapia coadyuvante es dudoso o no esta comprobado (8, 2, 1).

Algunos datos sugieren que las pacientes tratadas quirúrgicamente mas radioterapia tienen un pronostico mas favorable que las pacientes tratadas únicamente con cirugía (1, 11).

¿Cuál es entonces el posible papel de la radioterapia en el control de los sarcomas del útero?, parece que las pacientes tratadas con radioterapia tienen un mayor control en forma local (pélvico) que las pacientes tratadas únicamente con cirugía. Por desgracia este hecho no se traduce en aumento del índice de supervivencia.



### *TRATAMIENTO COADYUVANTE.*

Ya que el índice de supervivencia habitual están adverso, se ha evaluado la quimioterapia como alternativa coadyuvante (11). Se ha comprobado que diversos fármacos son agentes activos cuando se utilizan de forma aislada en los sarcomas, tales fármacos son:

- ✓ Doxorrubicina.
- ✓ Dactinomicina.
- ✓ Vincristina.
- ✓ Ciclofosfamida.
- ✓ Dimetiltriaceno-imidazol-carboxamida (DTIC).
- ✓ Metrotexate.

Se han sugerido en algunos estudios que la doxorrubicina es el mejor agente para el tratamiento de este grupo de tumores. Otros autores utilizan combinaciones de vincristina, dactinomicina y ciclofosfamida como quimioterapia profiláctica.

### *AGENTES UNICOS EFECTIVOS PARA SARCOMA UTERINO.*

- ✓ Adriamicina.
- ✓ Cisplatino.
- ✓ Actinomicina D.
- ✓ Diaziquona.
- ✓ Etopósido.
- ✓ 5-Fluorouracilo.
- ✓ Ifosfamida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**REGIMENES DE QUIMIOTERAPIA DE COMBINACION EFECTIVOS EN SARCOMA UTERINO.**

- ✓ **Adriamicina + Cisplatino.**
- ✓ **Adriamicina + Ciclofosfamida.**
- ✓ **Adriamicina + Dacarbacina.**
- ✓ **Adriamicina + Ifosfamida.**
- ✓ **Cisplatino + Dacarbacina.**
- ✓ **Cisplatino + Adriamicina + Dacarbacina.**
- ✓ **Vincristina + Adriamicina + Dacarbacina.**
- ✓ **Cisplatino + Vincristina + Adriamicina + Dacarbacina.**
- ✓ **Hexametilamina + Ciclofosfamida + Adriamicina + Cisplatino.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Siendo el sangrado uterino anormal relacionado con miomatosis uterina, una de las principales indicaciones de cirugía programada en el Hospital de la Mujer, es conveniente analizar el protocolo de sangrado uterino anormal en la institución para poder establecer si existen en este los elementos necesarios o adecuados para sospechar o diagnosticar prequirurgicamente sarcoma uterino, de no ser así es importante considerar los elementos diagnósticos mencionados en la literatura para que sean añadidos al de la institución.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **PREGUNTA DE INVESTIGACION.**

**¿Existen datos clínicos, de laboratorio o gabinete sugestivos de diagnóstico de sarcoma uterino los cuales puedan ser aplicados en el protocolo prequirúrgico realizado en la institución?**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Establecer la existencia de estudios de laboratorio o gabinete que sugieran el diagnóstico de sarcoma uterino prequirurgicamente.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- 1.- Determinar el tipo histológico más común del sarcoma uterino.
- 2.- Detectar el síntoma más frecuente del sarcoma uterino en el hospital de la mujer.
- 3.- Conocer la frecuencia entre miomatosis uterina y sarcoma uterino en el hospital de la mujer.

TESIS CON  
FALLA DE OBLIGACION



## **DISEÑO DE INVESTIGACION.**

El siguiente trabajo es de tipo transversal, analítico, y retrospectivo.

## **METODOLOGIA.**

### **POBLACION DE ESTUDIO.**

Se estudiaron a todas aquellas pacientes con diagnóstico anatomopatológico de sarcoma uterino.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

Todas las pacientes con diagnóstico anatomopatológico de sarcoma uterino durante el periodo de 1998 – 2002.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION.**

Se excluyeron todas las pacientes con reporte anatomopatológico diferente a Sarcoma Uterino.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION.**

Todas aquellas pacientes con diagnóstico de sarcoma uterino, y que no fueron localizados sus expedientes clínicos, esto sucedió en un caso.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Se analizaron todos los expedientes clínicos que por reporte anatomopatológico se corroboró sarcoma uterino.

## **DESCRIPCION DE VARIABLES.**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE.**

- **Sarcoma Uterino.**

### **VARIABLES DEPENDIENTES.**

- **Sangrado transvaginal.**
- **Dolor pélvico.**
- **Masa pélvica.**
- **Miomatosis uterina.**

## **DESCRIPCION OPERATIVA DEL ESTUDIO.**

### **FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.**

Para la realización del presente estudio se visitaron las diferentes instalaciones del Hospital de la mujer de la SSA, específicamente el servicio de Patología, archivo clínico, biblioteca, departamento de estadística e informática.

### **RECURSOS HUMANOS.**

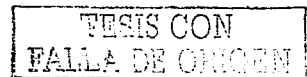
Fue necesaria la participación del personal de los diferentes servicios visitados.

### **RECURSOS FISICOS.**

Se tomo en cuenta las instalaciones del hospital de la mujer de la SSA.

### **RECURSOS FINANCIEROS.**

Este tipo de recursos fueron absorbidos por el investigador.



## RESULTADOS.

Se presentaron un total de 11 casos en el periodo de 1998 – 2002, con una incidencia de 0.27 pacientes en relación a las pacientes programadas para cirugía por miomatosis uterina, que corresponde a 2.4 casos por año.

La edad de las pacientes oscilo entre los 34 – 68 años, con una media de edad de 47.4 años del total de las pacientes, solo se tomó a un 90.9% Papanicolaou (10 pacientes), ya que en el resto se encontró la presencia de una tumoración en canal cervical.

La distribución de los tipos histológicos fue de la siguiente manera: Sarcoma del estroma endometrial 45.4% (5 pacientes), leiomiomas 36.3 % (4 Pacientes), tumor mixto mülleriano 18.1 % (2 Pacientes).

El reporte del Papanicolaou fue de la siguiente manera: Adenocarcinoma endometrial 18.1 % positivo a cáncer (adenocarcinoma), 9.09 % con cambios hiperplásicos, 9.09% no se toma Papanicolaou, y finalmente se reporto en un 54.5% reacción inflamatoria del total de las pacientes.

Las enfermedades adyacentes encontradas fueron Diabetes Mellitus 18.1 %, hipertensión 9.09 %, y en un 76% no se conocía ni diabética o hipertensa, en ninguna paciente se encontró la asociación de ambas entidades.

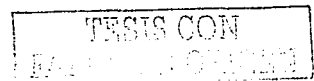
El sangrado transvaginal, junto con el dolor pélvico fueron los síntomas más comunes encontrándose en un 81.1%, siguiendo en frecuencia la presencia de masa pélvica en un 38.6%.

Se tomaron biopsia de endometrio con cánula de Novak en un 81.8% (según historia clínica), 18.1 % no se pudo obtener por la presencia de tumoración en canal cervical.

Los reportes histopatológicos de las biopsias de endometrio fueron de la siguiente manera 22.2%, relacionados con cáncer (principalmente carcinoma epidermoide) 33.3% reporto proceso inflamatorio, 11.1 % metaplasma epidermoide, 22.1% endometrio proliferativo, y finalmente en un 11.1% el reporte fue glándulas endocervicales y endometriales.

En todas nuestras pacientes estudiadas encontramos la relación con miomatosis uterina, siendo 45.4% con miomatosis uterina de grandes elementos, 36.3 % con miomatosis uterina de medianos elementos y el 18.1 % con miomatosis uterina de pequeños elementos.

El método de planificación familiar más empleado fueron los hormonales orales (18.1 %) con un tiempo de uso de aproximadamente de 6años, posteriormente fueron los hormonales inyectables (9.09 %) con un tiempo de uso de 3 años aproximadamente y finalmente en un 72% no utilizaron ningún método de planificación familiar.



## ANALISIS DE RESULTADOS.

En nuestro estudio encontramos que la edad media fue de 47.4 años, menor en relación a los reportes de la literatura ya que en esta se refiere de 55.7 y 43.7 años.

El tipo histológico fue diferente ya que nosotros encontramos que el sarcoma del estroma endometrial fue el más común, posteriormente el leiomiomasarcoma y finalmente el tumor mixto mülleriano, no siendo así en la literatura. en esta se reporta como la más frecuente al leiomiomasarcoma, en segundo lugar al sarcoma del estroma endometrial y finalmente al carcinosarcoma.

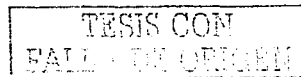
Las enfermedades asociadas encontradas en nuestro estudio fueron principalmente la diabetes mellitus, en segundo lugar la hipertensión arterial, en la literatura se reporta ala obesidad como la primera enfermedad adyacente o asociada, nosotros no pudimos analizarla ya que en la mayoría de los expedientes no encontraron los datos para evaluarlo.

El sangrado transvaginal y el dolor pélvico fueron los datos clínicos más comunes coincidiendo con la literatura.

Los resultados de papanicolaou ninguno fue sospechoso para sarcoma uterino al igual que las biopsias de endometrio.

En todas nuestras pacientes se encontró relación con miomatosis uterina, acorde con la literatura, la miomatosis uterina de grandes elementos se relaciono principalmente, en segundo lugar la miomatosis uterina de medianos elementos y finalmente la de pequeños elementos.

El método de planificación familiar es un factor importante en la etiología del sarcoma uterino principalmente en aquellas pacientes que utilizaron terapia estrogénica. se encontró en el estudio realizado que los hormonales orales fue el método de planificación familiar más empleado pero no sabemos si este tipo de terapia fue solo estrogénica o combinada.



## CONCLUSIONES.

El sarcoma uterino es una entidad ginecológica poco frecuente, generalmente cuando se diagnostica se encuentra en estadios muy avanzados, aumentando estos su mortalidad.

Su sintomatología clínica es muy similar a muchos padecimientos ginecológicos lo que hace aun mas difícil el diagnóstico.

En este estudio se analizaron los casos de sarcoma uterino presentados en nuestra institución, así mismo se busco información actualizada a través de artículos para encontrar estudios de laboratorio y gabinete que nos hicieran sospechar en una forma mas precisa en sarcoma uterino, sin embargo en las diferentes revisiones realizadas no se informa de algún método exacto para el diagnóstico del sarcoma uterino prequirúrgicamente, en el protocolo de nuestra institución no existe la posibilidad diagnóstica prequirúrgicamente.

El diagnóstico de sarcoma uterino por clínica es difícil, pero tomando en cuenta la edad de la paciente, sus antecedentes, enfermedades agregadas, papanicolaou adecuadamente realizado, biopsia de endometrio que lo ideal seria tomarla con cánula de Tao ya que según datos de la literatura y por las características que esta tiene aumenta la sensibilidad y especificidad diagnóstica del sarcoma uterino, así como un ultrasonido doppler color pulsado son elementos que en conjunto pueden tener un valor muy importante en el diagnóstico del sarcoma uterino.

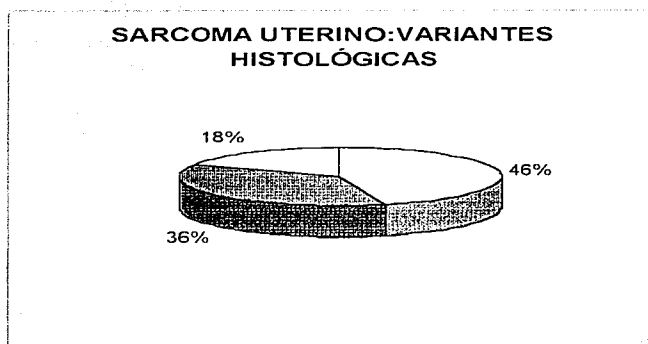
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- M. Steven Meter, *Oncología Ginecológica*, 2da. edición, editorial Marban, Pág.173-186.
- 2.- A. Gadducci, E. Sartori, F. Landoni, The prognostic relevance of histological type in uterine sarcomas: a Cooperation Task Force (CTF) multivariate analysis of 249 cases. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2002; 23 (4): 295 – 9.
- 3.- Szabo I, Szantho A, Csabay L, Color Doppler ultrasonography in the differentiation of uterine sarcomas from uterine leiomyomas *Eur J Gynaecol Oncol*. 2002; 23 (1): 29 – 34.
- 4.- Cabra Zurita R, Ruiz Moreno, Kably Ambe A, Sarcoma uterino. Estudio analítico de 37 casos. *Ginecología y Obstetricia México*. 1998 abril; 66: 164 -169.
5. - Chin-Hsiung Hsieh, Hao Lin, Chao-Cheng Huang, Leiomyosarcoma of the uterus: a clinicopathologic study of 21 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003 Jan; 82 (1): 74 – 81.
- 6.- Disaia, *Oncología Ginecológica clínica*, Madrid España 1999.
7. - Klaus Bodner, M. D., Barbara Bodner-Adler. Evaluating Pronostic Parameters in Women with Uterine Leiomyosarcoma. *J of Reproductive Medicine* 2003; 48 (2): 95 – 100.
8. - F. Amant, L. Dreyer, J. Makin. Uterine sarcomas in South African black women: a clinicopathologic study with ethnic considerations. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2001; 22 (3) 194 – 200.
9. - Grace C. H. Yang, M. D., Livia S. Wan, Factors Influencing the Detection of Uterine Cancer by Suction Curettage and Endometrial Brushing. *J Reprod Med*. 2002 dec; 47 (12): 1005 – 1010.
10. - L. Chauveinc, E. Deniaud, C. Plancher, Uterine Sarcomas: The Curie Institut Experience. Prognosis factors and Adjuvant Treatments. *Gynecol Oncol*. 1999 Feb.; 72 (2): 232 -237.
11. - B. Plural, A. Rabinovich, M. Meirovitz, Mullerian adenosarcoma of the uterus: Case report and review of literatura. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2000; 21 (4): 387 – 390.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANEXO A



Sarcoma del estroma endometrial 46%

Leiomiomasarcoma 36%

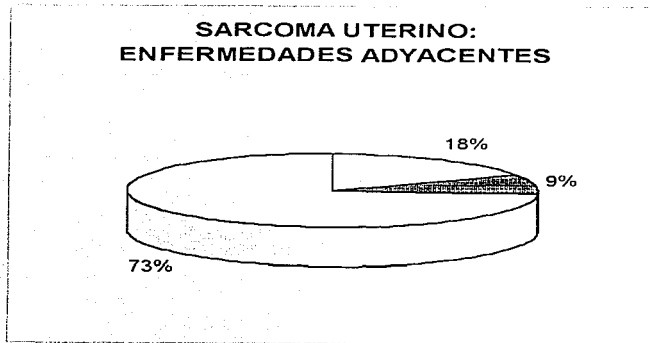
Tumor mixto mülleriano 18 %

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



## ANEXO B



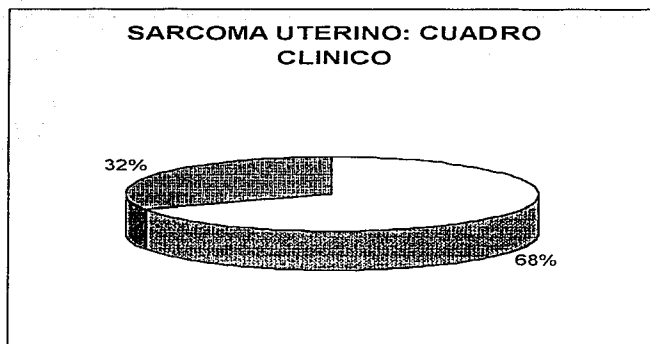
Diabetes Mellitus 18%

Hipertensión Arterial 9%

Sin enfermedad 73%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANEXO C

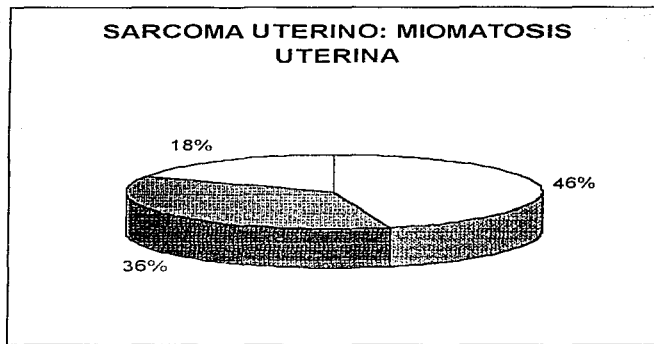


Dolor pélvico y sangrado transvaginal 68%

Masa pélvica 32%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ANEXO D



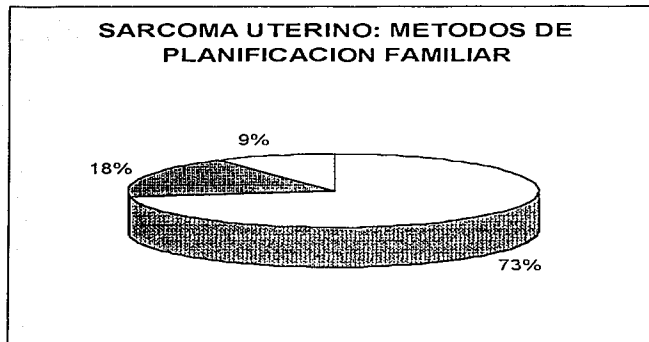
Miomatosis Uterina de grandes elementos 46%

Miomatosis Uterina de medianos elementos 36%

Miomatosis Uterina de pequeños elementos 18%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANEXO E



Sin método 73%

Hormonales Orales 18%

Hormonales Inyectables 9%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN