



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

**ANALISIS DE 60 CASOS DE SARCOMA UTERINO
CORRELACION CLINICO METODOLOGICA
PARA EL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DRA. MA DEL ROSARIO ARENAS MORALES**

ASESORES:

JOEL BAÑUELOS FLORES
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

FABIÁN J. ARECHAVALETA VELASCO
INVESTIGADOR ASOCIADO C
INVESTIGADOR NIVEL I SNI
UNIDAD DE INVESTIGACION MÉDICA EN MEDICINA REPRODUCTIVA



IMSS

MEXICO, D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
“LUIS CASTELAZO AYALA” IMSS**

**ANÁLISIS DE 60 CASOS DE SARCOMA UTERINO:
CORRELACION CLINICO METODOLOGICA
PARA EL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO**

Dr. Juan Carlos Izquierdo Puente
Director Médico

Dr. Sebastián Carranza Lira
Director de Educación Médica e Investigación

Dr. Joel Bañuelos Flores
Jefe del Servicio de Ginecología Oncológica

Dr. Fabián J. Arechavaleta Velasco
Investigador Asociado C
Investigador Nivel I SNI
Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva
Hospital de Ginecología y Obstetricia “Luís Castelazo Ayala”

DEDICATORIAS

A Dios por haberme prestado una vida maravillosa y obsequiarme cada día un día más.

A mi hijo Daniel Efraín por ser el motivo para seguir en esta larga travesía de la vida y llegar juntos a la meta.

A mi padre por ser un hombre fuerte de gran corazón...sin ti esto no hubiera sido posible.

A mi madre por ser ejemplo de tenacidad diaria.

A mis hermanos Cecy, Dany, Javi y Tere por estar incondicionalmente ahí en el sitio exacto y en el momento preciso.

Al Dr. Nefthalí Neri Noverón por haberme enseñado el amor a la Obstetricia.

A ti Jorge por tu apoyo incondicional en todo momento y darle sentido a mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por haberme forjado en la medicina.

Al Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4 por haberme dado la oportunidad de aprender en esta residencia médica.

A los maestros que nos legaron sus conocimientos cotidianamente.

A todas aquellas mujeres que me permitieron aprender de ellas día con día.

A mis compañeros residentes con los que tuvimos enseñanza mutua.

Al Dr. Fabián Arechavaleta y Dra. Laura Díaz por el valioso apoyo para la guía y realización de esta tesis.

A todos aquellos que me apoyaron incondicionalmente a todo lo largo de mi formación hasta el día de hoy.

INDICE

RESUMEN.....	6
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	8
OBJETIVO GENERAL	11
Objetivos específicos	11
MATERIAL Y METODOS	12
Sujetos de estudio	12
Variables consideradas en el estudio	12
Protocolo de estudio	14
RESULTADOS	15
DISCUSION.....	15
CONCLUSION.....	15
GRAFICOS.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	39

RESUMEN

Introducción: Los sarcomas uterinos suman menos del 4% de todas las neoplasias malignas del cuerpo uterino. La falta de uniformidad en la nomenclatura de los sarcomas ginecológicos, han contribuido a la variedad y variabilidad de las clasificaciones. Por fortuna los sarcomas uterinos son raros. La presentación clínica de estos tumores es diversa. Existen hallazgos clínicos asociados a los sarcomas como la obesidad, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus aproximadamente en el 30% de las pacientes. El diagnóstico actual es por histología en el estudio post operatorio; por lo que la finalidad del presente estudio; será realizar una correlación clínica retrospectiva de los casos estudiados.

Objetivo: Realizar un estudio descriptivo de las características clínicas encontradas en 60 pacientes con sarcoma uterino, diagnosticadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS y determinar, con base en un estudio retrospectivo-descriptivo, la metodología que se empleó para el diagnóstico de sarcoma uterino en su servicio de Ginecología Oncológica

Diseño del estudio: Estudio abierto, observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal de 60 casos reportados de pacientes con sarcoma uterino tratadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS en el periodo comprendido de enero de 1990 a Junio de 2004.

Resultados: El sarcoma uterino en la serie de casos analizados representó el 12.2% de todos los tumores de cuerpo uterino registrados. El mayor porcentaje se encontró en la séptima década de la vida con un pico en la quinta, así mismo en nuestro grupo estudiado el promedio de paridad fue de 3.

En 43 casos, que representan el 71% del grupo de estudio, se encontró que el IMC fue mayor de 25; además se presentó en el 61% de los casos coexistencia con diabetes mellitus, pero no así con hipertensión arterial donde se reportó en el 26% de los casos. No se encontró un método diagnóstico preoperatorio confiable, pues en el 53% de nuestras pacientes; este se hizo en el estudio patológico de la pieza de histerectomía.

El tipo histológico más frecuente fue el tumor mixto mülleriano en el 56%, el leiomiomasarcoma y estroma endometrial con 22% cada uno.

Las etapas avanzadas constituyen el mayor porcentaje en su presentación clínica, lo cual ensombrece el pronóstico.

De los casos vivos se encontraron al 56.7% de las pacientes, más sin embargo; no hay tipo histológico que muestre mayor sobrevida que otro. Hay mayor sobrevida en los pacientes con etapa clínica IA y IIA que en todas las demás.

Conclusión: El sarcoma uterino es una entidad rara con solo un 47% de posibilidades de tener el diagnóstico preoperatorio, por lo cual en aquellas pacientes con sospecha clínica requerimos del estudio transoperatorio para poder realizar una etapificación adecuada y fundamentar la terapéutica idónea.

PALABRAS CLAVE: Sarcoma uterino, tipo histológico, diagnóstico preoperatorio.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Los carcinomas y otros sarcomas uterinos son raros, histológicamente suman menos del 4% de todas las neoplasias malignas del cuerpo uterino. Según literatura de Europa y Norteamérica, su incidencia anual se estima en 0.67 por 100 000 entre mujeres de 20 años o más¹, con una mayor frecuencia a los 50 años de edad.

Los sarcomas ginecológicos pueden originarse en todos los órganos que componen este aparato. Surgen de dos tipos de tejido, a) sarcomas endometriales y del estroma endometrial y b) sarcoma del músculo uterino los cuales son caracterizados por su diferenciación a uno o más tejidos estromales. Los sarcomas estromales del endometrio son una rara neoplasia del mesénquima del útero, con un curso potencial de baja malignidad caracterizada por recurrencias locales múltiples. Estos sarcomas estromales se dividen en dos subtipos basados en la cuenta mitótica: de bajo y alto grados. Esta aplicación de bajo y alto grado no ha sido uniformemente aceptada³.

Los leiomiomas representan del 1 al 2% de todos los cánceres uterinos y del 35 al 40% de los sarcomas uterinos. En cierto grado, esto ha llevado a una falta de unanimidad con respecto a ciertos criterios diagnósticos y definitivos. La clasificación y la nomenclatura actual fueron adoptadas de la International Society of Gynecologic Pathologists para sarcomas uterinos no epiteliales puros y tumores mixtos epiteliales y no epiteliales.

Los leiomiomas del cuerpo uterino están fuertemente vinculados con leiomiomas benignos, y ha habido mucha especulación acerca de la frecuencia con que los sarcomas se originan de la degeneración maligna de un mioma⁴. Montague y cols, encontraron 38 pacientes con sarcoma, originado en un mioma en cerca de 13000 casos de leiomiomas benignos, en el Johns Hopkins Hospital durante 20 años.⁵ Esto sugiere una baja incidencia de transformación sarcomatosa de solo el 0.1 al 0.5%. Solo en cerca del 5 al 10% se reporta como origen un leiomioma.⁶

La presentación de leiomioma y carcinosarcoma es más alta en mujeres negras que en blancas. Esta incidencia es opuesta a la vista en cáncer de endometrio; sin embargo también están asociados otros factores como hipertensión, diabetes y obesidad; los cuales son factores de riesgo para carcinosarcoma.

La incidencia racial de sarcoma uterino documentada en América contrasta con la reportada de Israel; donde la incidencia en judías europeo-americanas fue dos veces la incidencia para judías asio-africanas y más de cinco veces la incidencia en las no judías.

Se ha encontrado que la incidencia de sarcoma uterino es ligeramente más alta en mujeres nulíparas, sugiriendo a la paridad como un posible efecto protector. En algunas pacientes se tiene el antecedente de radiación pélvica como lo demuestra el estudio de Shaw, en el cual el 17.8% habían recibido radioterapia, el más frecuente cuando se asocia a esta circunstancia es el tumor mixto mulleriano presentándose de 2 a 20 años después de la radioterapia.

En diferentes sarcomas de tejidos blandos se han informado anomalías cromosómicas, señalando al 1,7 y 11 como los responsables de la iniciación o progresión del sarcoma uterino. En 1990 se informaron que las alteraciones genómicas en la región 11q22 pueden ser específicas para la malignidad de los tumores del músculo liso del útero (Boghosian L., Dal Clin P., 1988). También se ha observado que las alteraciones en la región 7q31 son comunes a los leiomiomas y leiomiomas lo que sugiere una evolución común.

La historia natural y los patrones de sangrado varían de acuerdo a los subtipos histológicos de sarcoma uterino. Estas neoplasias son caracterizadas por un patrón de crecimiento agresivo con diseminación linfática o hematológica temprana; o bien, con un patrón de crecimiento lento con intervalos largos libres de enfermedad.

El sangrado uterino anormal es el síntoma más frecuente para todos los tipos de sarcoma uterino en un 77 % a 95% de las pacientes, y puede variar de goteo a metrorragia profusa^{4,6}. El dolor pélvico se presenta en una tercera parte de las pacientes, un 30% refiere síntomas gastrointestinales o urinarios y solo el 10% refiere

una masa abdominal. El tejido tumoral es a veces visible a través del orificio cervical. La triada de dolor abdominal, sangrado posmenopáusico en una paciente con tejido friable que se prolapsa a través de un cervix dilatado es altamente indicativo de sarcoma¹⁰. Pueden acompañarse constipación, frecuencia y urgencia urinaria así como una masa en el bajo vientre.

En cuanto a la evaluación por laboratorio de las pacientes; debe incluirse una biometría hemática completa, urianálisis, estudios de la función hepática, urea y creatinina sérica; puede encontrarse elevación del marcador Ca 125. Los análisis para receptores de estrógenos y progesterona indican cuales pacientes pueden responder a la terapia hormonal. El estudio histológico del endometrio o endocervix es algunas veces positivo en sarcomas de endometrio. Puede ser de utilidad la biopsia de endometrio o bien la de algún tejido vaginal prolapsado.

Los hallazgos radiológicos pueden contener lesiones metatásicas características de los sarcomas uterinos. Puede haber metástasis a pulmón, pudiendo ser demostradas también por tomografía computada. La urografía excretora es de utilidad en el protocolo de estudio para pacientes con masas intrapélvicas, que junto con la resonancia magnética, proporcionan información a cerca de las dimensiones uterinas y de su grado de compromiso⁶.

Dado que la diversidad de la presentación del cuadro clínico es inespecífica, su diagnóstico actual es por histología y en el post operatorio; por lo que la finalidad del presente estudio; será determinar alguna correlación significativa entre los tipos histológicos estadios y esperanza de vida de acuerdo a los hallazgos encontrados en los 60 casos de sarcoma uterino presentados en el HGO 4.

OBJETIVO GENERAL

Revisar las características clínicas y metodología diagnóstica de 60 pacientes con diagnóstico de sarcoma de cuerpo uterino tratadas en el Hospital de Ginecología y obstetricia No.4 del IMSS de Enero de 1990 a Junio de 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Realizar un estudio descriptivo de las características clínicas encontradas en 60 pacientes con sarcoma uterino, diagnosticadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS.
2. Determinar, con base a un estudio retrospectivo-descriptivo, la metodología que se empleó para el diagnóstico de sarcoma uterino en el servicio de Ginecología Oncológica del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS.
3. Determinar si existe correlación entre el perfil clínico y diagnóstico del subtipo histológico del sarcoma de útero.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio abierto, observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal de 60 casos reportados de pacientes con sarcoma uterino tratadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luís Castelazo Ayala" del IMSS en el periodo comprendido de enero de 1990 a Junio de 2005 en donde se cumplieron los siguientes criterios:

1. Inclusión: Diagnóstico histopatológico de sarcoma uterino en cualquiera de sus variedades
2. Exclusión: Sin diagnóstico histopatológico registrado en el expediente.
3. No inclusión: Aquellos casos en el que no exista información completa en el expediente.
- 4.

Sujetos de estudio: En total se incluyeron 60 casos reportados de pacientes con sarcoma uterino presentados en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS en el periodo comprendido de enero de 1990 a Junio de 2004.

Se evaluaron pacientes tratadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico histopatológico de sarcoma uterino corroborado por el departamento de patología y que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico, que cuenten además con los datos necesarios para el formato de registro.

VARIABLES CONSIDERADAS EN EL ESTUDIO: Se utilizaron como variables: sarcoma uterino y sus características clínicas, antecedentes relevantes como edad, índice de masa corporal, paridad, menarca, menopausia, enfermedades coexistentes como diabetes mellitus e hipertensión arterial, método de diagnóstico empleado, tipo histológico, etapa clínica y sobre vivencia al momento del análisis de datos.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Sarcoma uterino

VARIABLES DEPENDIENTES

- Características clínicas
- Tipo histológico del tumor
- Sarcoma uterino: Tejido miometrial en el que se observaron 10 mitosis o más en 10 campos microscópicos y de gran aumento.
- Características clínicas: Son los signos y síntomas que presentó la paciente antes o durante de su estudio.
- Tipo histológico: Estirpe celular reportada de acuerdo al resultado histopatológico.

PROTOCOLO DE ESTUDIO

En el servicio de Ginecología Oncológica se analizaron 60 casos de sarcoma uterino del enero de 1990 a Junio de 2004 de donde se realizó la extracción de datos mediante un formato de registro que incluyó: nombre, filiación, edad, IMC, menopausia, número de gestaciones, edad de inicio de la actividad sexual, número de parejas sexuales, concomitancia con diabetes mellitus e hipertensión, método de diagnóstico, tipo histológico, etapa clínica y supervivencia al momento del análisis de datos.

Análisis estadístico

El análisis estadístico de las variables experimentales se realizó usando un programa estadístico "Sigma Stat para Windows, Statistical Software. Versión 2.0" (Jandel Corporation) para encontrar diferencias de los tipos histológicos y esperanza de vida se empleo la prueba de Pearson Chi Square.

RESULTADOS

Durante el periodo de 14 años, se recolectaron 60 casos de sarcoma uterino con comprobación histopatológica. La edad de las pacientes osciló entre 35 y 86 años con promedio de presentación entre los 60 y los 69 años, lo que correspondió al 34 % de los casos; seguidos de un grupo de entre 40 y 49 años que correspondió al 34% (Gráfico 1).

El IMC predominante fue de 25 a 30, lo que correspondió al 40% de todos los casos. Asimismo, en nuestro estudio el 71% de las pacientes presentaron un IMC mayor de 25 (Gráfico 2). Por otra parte, solo el 26 % de los casos presentaron hipertensión arterial (Gráfico 3), no así diabetes mellitus que se observó en el 62% de las pacientes (Gráfico 4).

En nuestro estudio, la menarca, menopausia y el número de parejas sexuales e inicio de la vida sexual de las pacientes no mostraron ser factores de riesgo para el desarrollo de sarcoma uterino (Gráficos 5 a 8). El promedio de paridad encontrada en el presente estudio fue de 3 (Gráfico 9).

En la serie estudiada no se evidenció método diagnóstico preoperatorio alguno que fuese confiable; pues en el 53% de los casos se realizó mediante el estudio histopatológico definitivo de la pieza uterina; por lo que la biopsia y el legrado uterino contribuyeron a su diagnóstico en solo en el 47% de los casos (Gráfico 10).

En cuanto a la frecuencia del tipo histológico se observó un franco predominio del tumor mixto mülleriano, seguido éste por el leiomiomasarcoma y los sarcomas del estroma endometrial (Gráfico 11). En lo referente al subtipo histológico, sarcoma mixto heterólogo presentó mayor incidencia seguido del sarcoma mixto homólogo (Gráfico 12). Asimismo se encontró que la etapa avanzada con mayor incidencia fue etapa IV B (Gráfico 13).

En la gráfica 14 se describe la correlación que existió entre el estadio clínico y el tipo histológico. Como se puede observar, se encuentra un porcentaje mayor en el estadio IB y IVB, seguidos estrechamente por el estadio IC y IIIC.

De los casos presentados, se encontró que el 56.7% de los casos permanecen vivos (Gráfico 15), sin embargo; no hay tipo histológico que muestre mayor sobrevida que otro (Gráfico 16). En lo que respecta a la etapa clínica, se observó que la mayor sobrevida

corresponde a las etapas clínicas IA y IIA (Gráfico 17), mientras que las de menor supervivencia fueron los estadios clínicos correspondientes a la etapa IV B (Gráfico 18).

DISCUSIÓN

Posterior a la obtención de resultados y evaluación de los mismos, se pueden combinar varios puntos. Tomando en cuenta que el sarcoma uterino es una entidad rara que se presenta del 1-2% de todos los tumores del cuerpo uterino; en la serie de casos estudiados, representó el 12.2% de todos los tumores registrados en el servicio de Ginecología Oncológica durante el periodo antes descrito; lo cual representa una incidencia mayor a lo reportado en las series de sarcomas¹.

Con respecto al grupo de edad, se observó que la mayor presentación de la enfermedad fue el de 60 a 69 años contraponiéndose a la literatura en donde la mayor frecuencia se reporta en la quinta década de la vida⁵; así mismo, en el grupo de pacientes revisado; el promedio de paridad fue de 3 en contraposición a la nuliparidad reportada en la literatura⁶. En 76 casos que representa el 97% de nuestro grupo se encontró un IMC mayor de 25 que coincide con lo descrito en los reportes previos⁷.

En lo que respecta a la coexistencia con enfermedades crónico degenerativas del tipo de la diabetes mellitus, se encontró su antecedente en el 64% de los casos y solo en el 26% para la hipertensión arterial, lo que difiere no del todo con los reportes que describen afinidad por la coexistencia de sarcoma uterino con ambas enfermedades¹⁴.

Partiendo de los hallazgos encontrados en el grupo estudiado, podemos pensar en que en la población hispana existen factores genéticos que predisponen al sarcoma uterino sin tener que asociarse a diabetes mellitus o a hipertensión arterial y que difieren de los encontrados en la literatura previa.

No existe método diagnóstico preoperatorio confiable para sarcoma uterino, pues en el 53% de nuestras pacientes, éste se realizó mediante el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica; la biopsia y el legrado uterino ayudaron solo en el 47 % de los casos; circunstancia que debe vislumbrarse para utilizar el recurso del análisis transoperatorio de la pieza quirúrgica para poder realizar la etapificación correspondiente¹³.

Por otra parte, se encontró al tumor mixto mülleriano como el más frecuente alcanzando hasta el 56% de los casos, siendo concordante con los antecedentes escritos para este tipo histológico seguido por el leiomiomasarcoma y el sarcoma del estroma endometrial.

En cuestión al estadio clínico, las etapas avanzadas constituyen el mayor porcentaje en su presentación clínica (21.6%).,

De los casos presentados de sarcoma uterino, se encontró que el 56.7% de los casos viven hasta el momento, mas sin embargo; no hay tipo histológico que muestre mayor sobrevida. Asimismo, se encontró que hay mayor sobrevida en las pacientes con etapas clínicas tempranas que en todas las demás, en donde la etapa IV B presenta menor esperanza de vida. Las etapas avanzadas constituyen el mayor porcentaje en su presentación clínica, ya que el 21.6% de nuestras pacientes se diagnosticaron en esta circunstancia lo cual ensombrece su pronóstico.

CONCLUSIÓN

El sarcoma uterino es una entidad rara con solo un 47% de posibilidades de tener el diagnóstico preoperatorio, por lo cual en aquellas pacientes con sospecha clínica requerimos del estudio transoperatorio para poder realizar una etapificación adecuada y fundamentar la terapéutica idónea.

GRÁFICOS

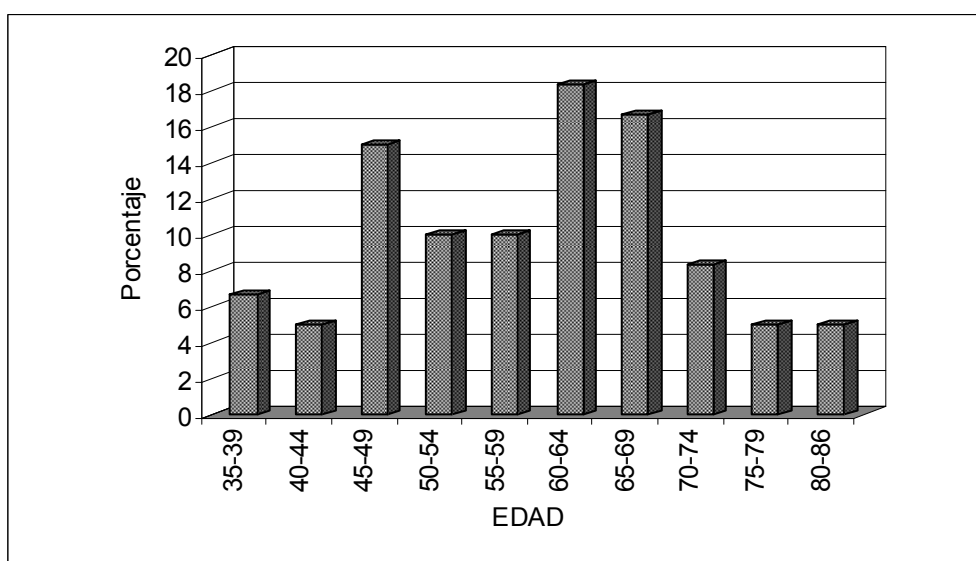


Gráfico I. Representación gráfica de la edad de mayor incidencia de sarcoma uterino en el grupo estudiado.

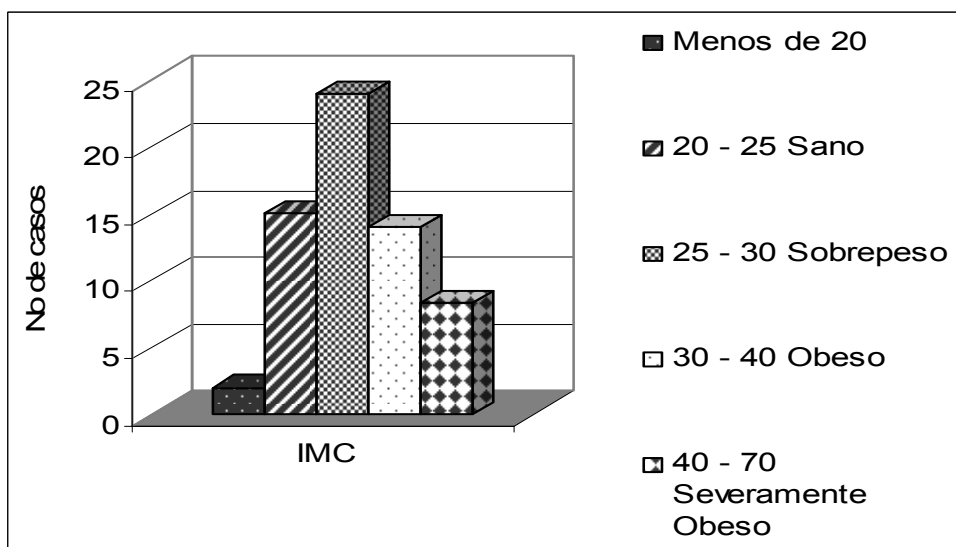


Gráfico 2. Representación gráfica del porcentaje del Índice de Masa Corporal encontrado en el grupo estudiado.

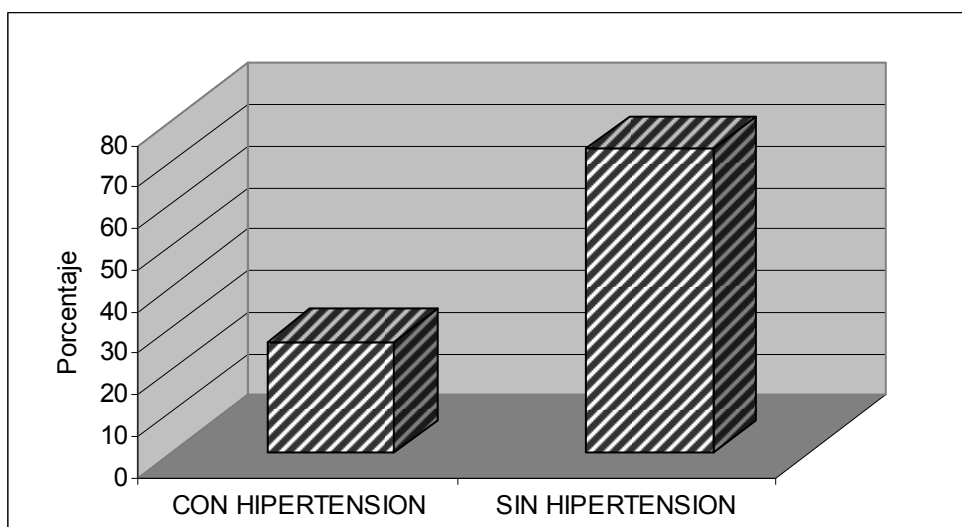


Gráfico 3. Incidencia de Hipertensión arterial y sarcoma uterino en el grupo estudiado.

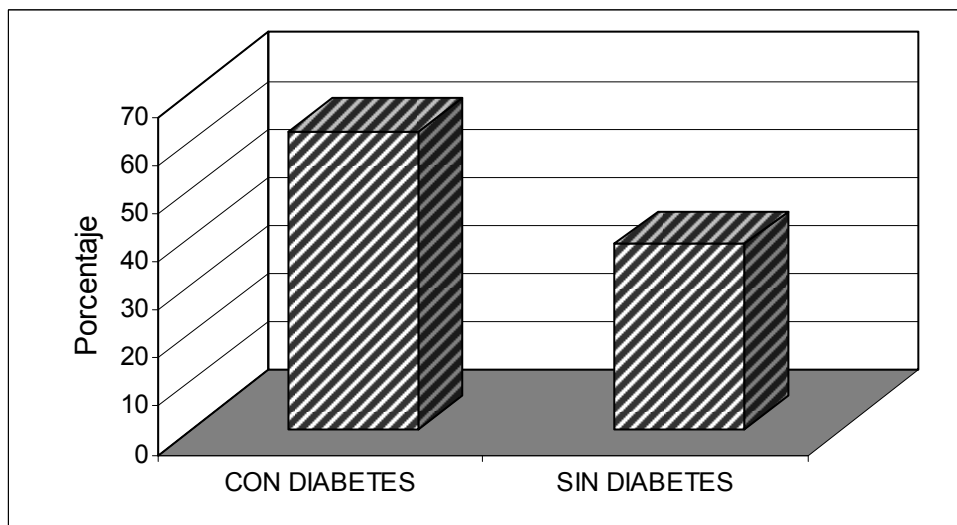


Gráfico 4. Incidencia de Diabetes mellitus en el grupo estudiado.

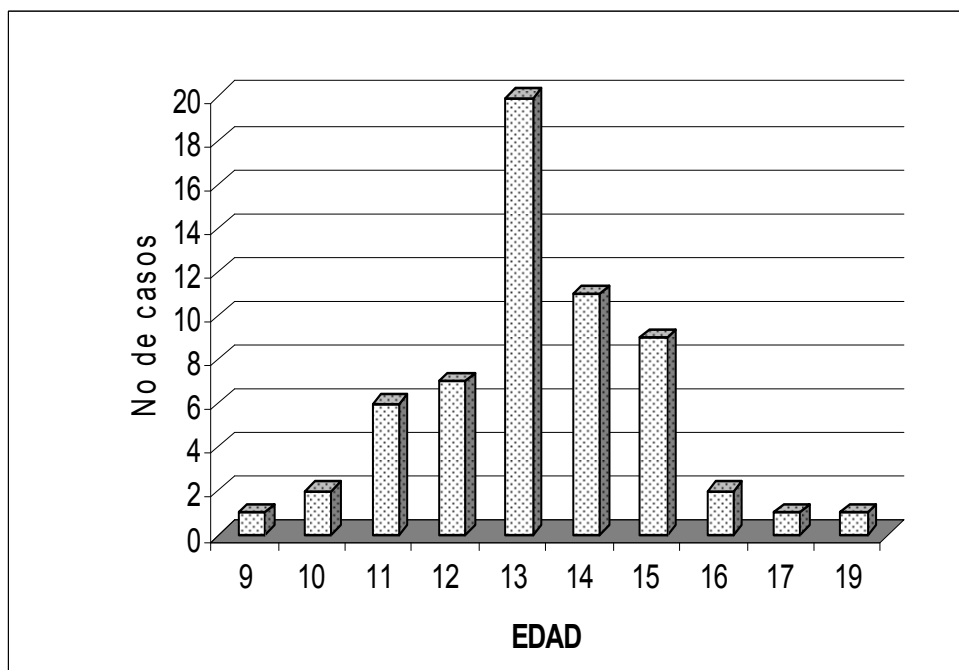


Gráfico 5. Presentación de la menarca en las pacientes portadoras de sarcoma uterino de la población estudiada.

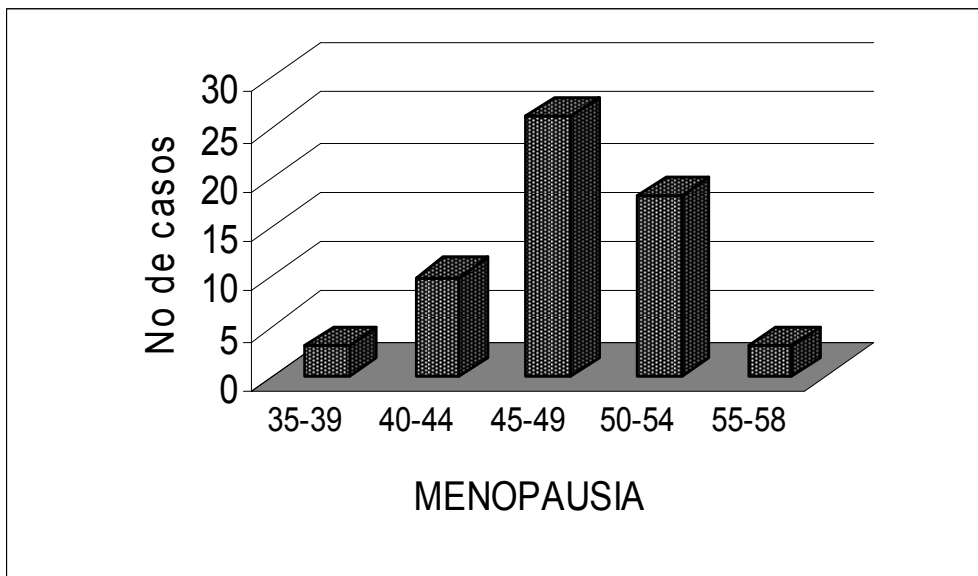


Gráfico 6. Presentación de la menopausia en el grupo de pacientes portadoras de sarcoma uterino.

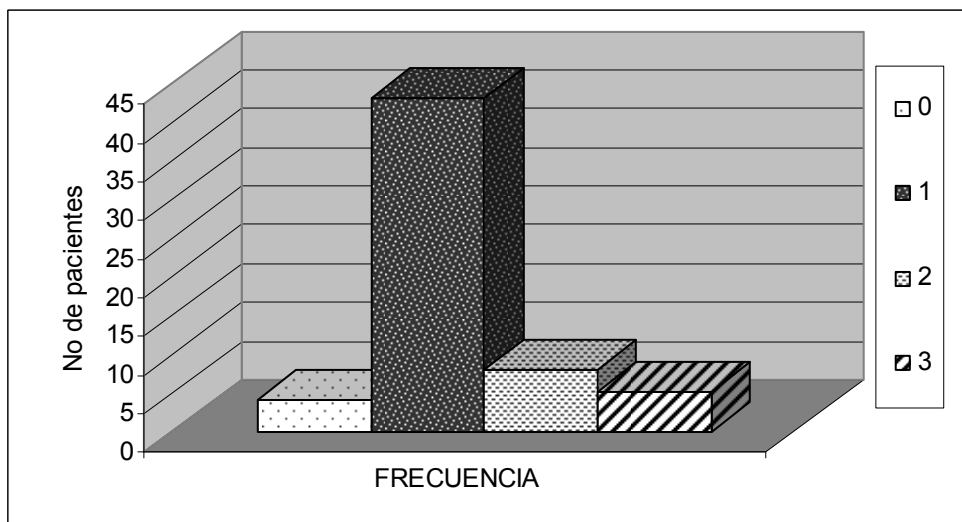


Gráfico 7. Número de parejas sexuales de las pacientes con sarcoma uterino.

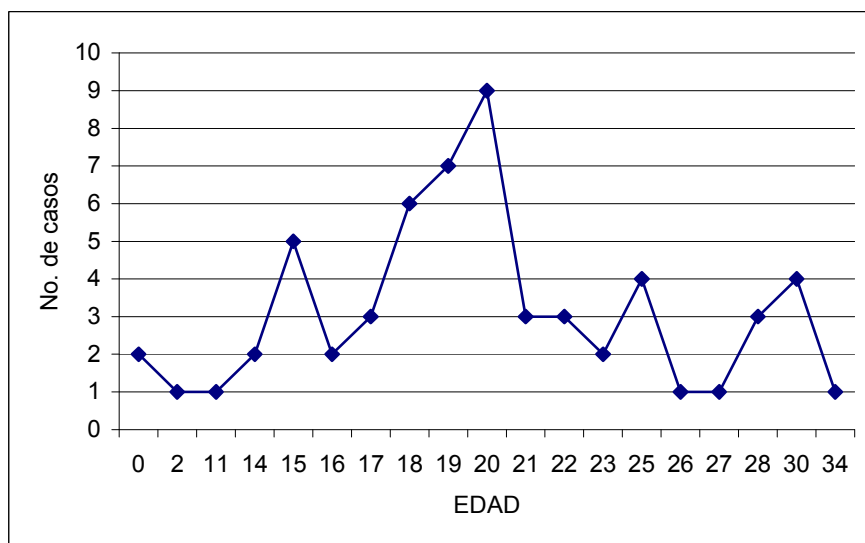


Gráfico 8. Frecuencia del inicio de la actividad sexual de las pacientes en el grupo estudiado.

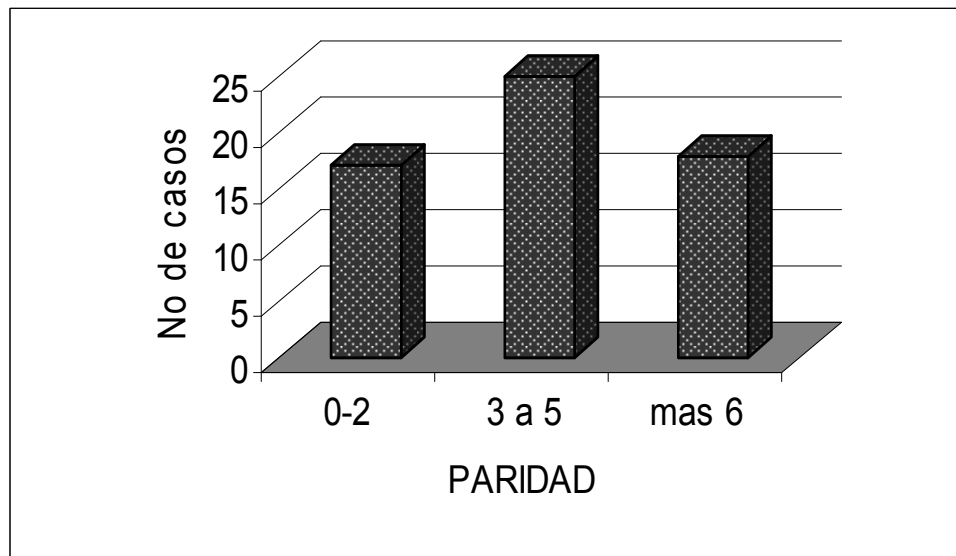


Gráfico 9. Frecuencia de la paridad encontrada en el estudio del grupo de 60 casos de sarcoma uterino.

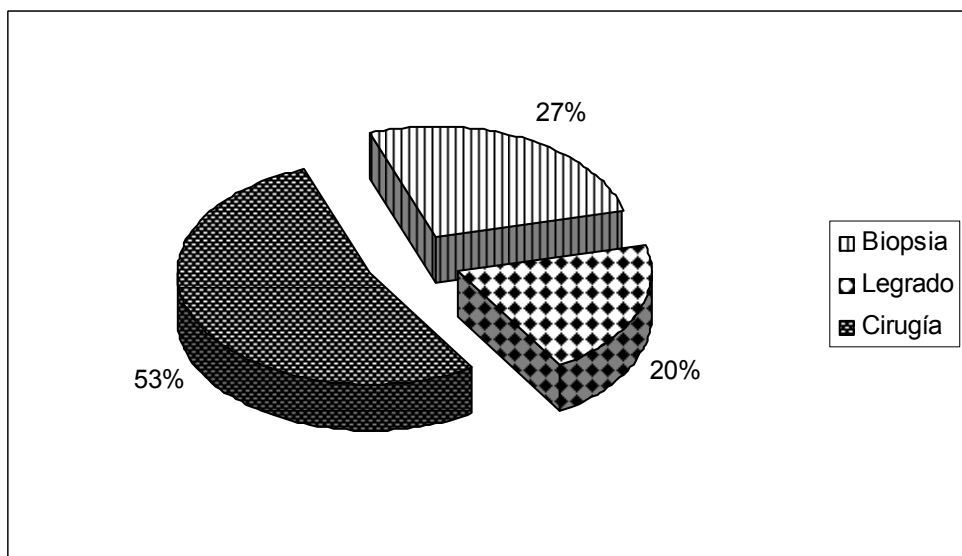


Gráfico 10. Incidencia del método de diagnóstico utilizado para reportar sarcoma uterino en el HGO.

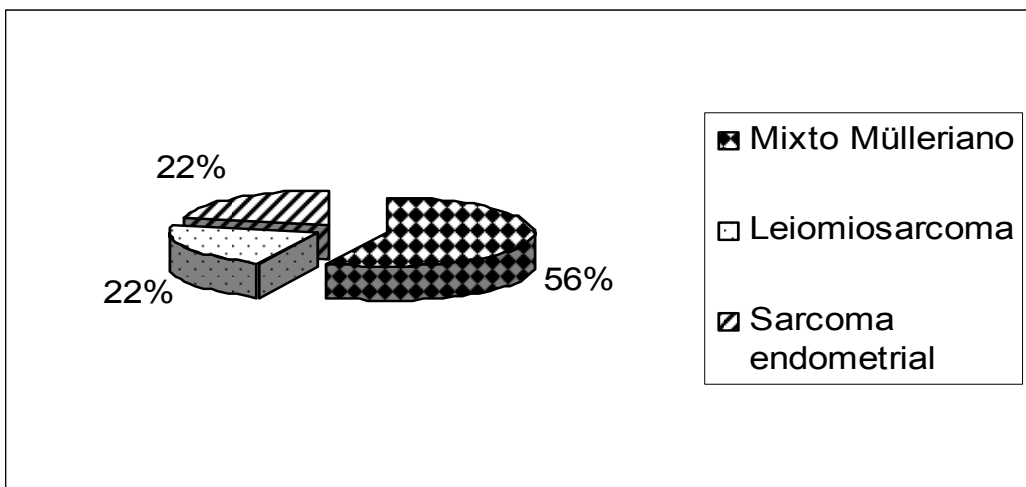


Gráfico 11. Frecuencia de los tipos histológicos encontrados en la serie estudiada.

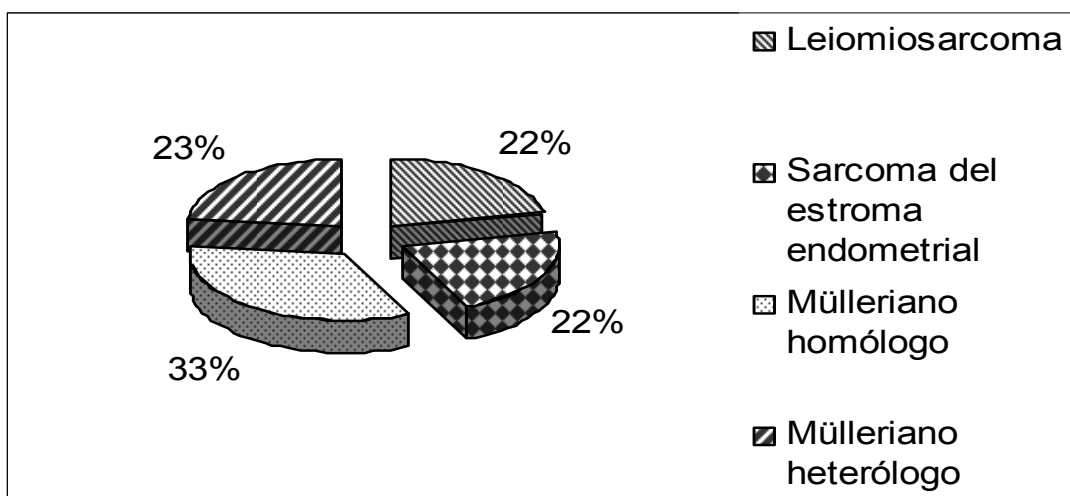


Gráfico 12. Incidencia de los subtipos histológicos en porcentajes encontrado en el grupo estudiado.

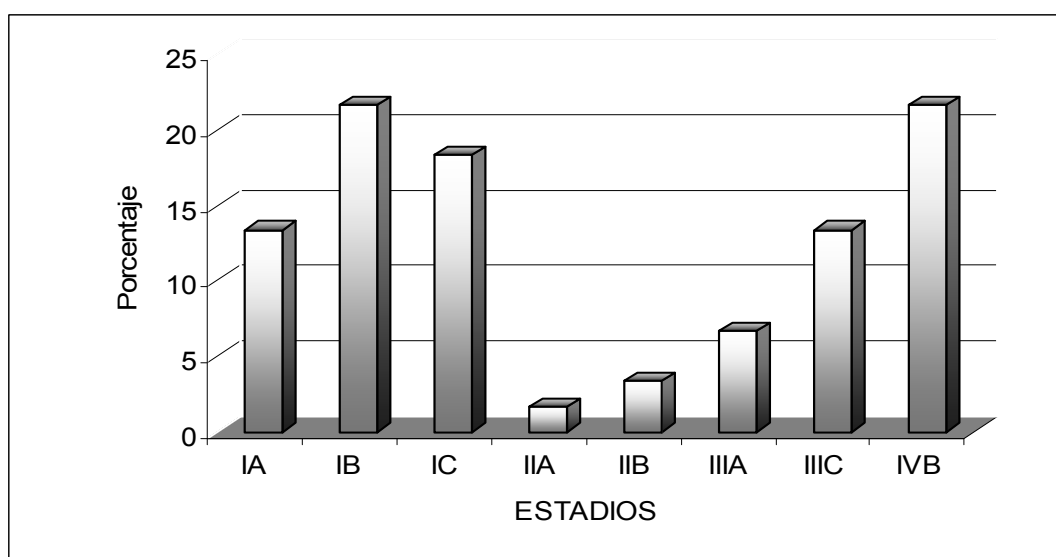


Gráfico 13. Frecuencia de los estadios clínicos de mayor incidencia encontrados en el grupo de estudio.

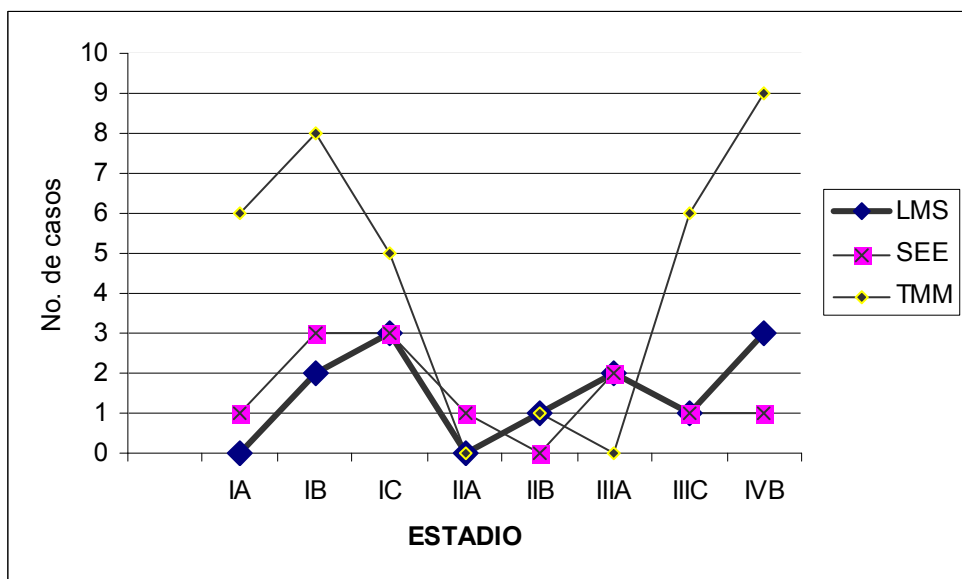


Gráfico 14. Se presentan los estadios de sarcoma uterino estudiados según el tipo histológico encontrado.

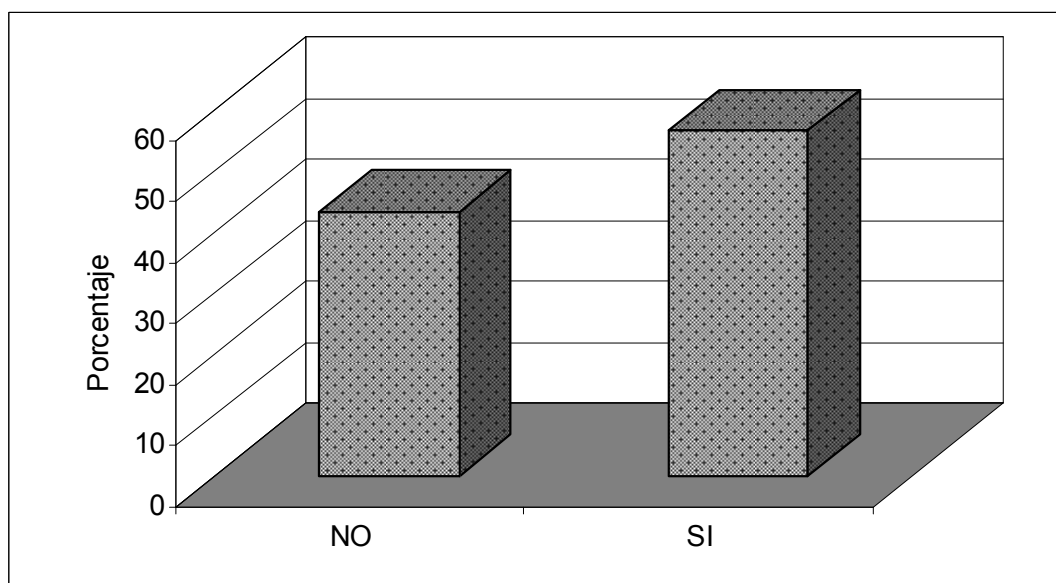


Gráfico 15. Porcentaje de casos clínicos de sarcoma uterino que se mantienen vivos al momento de la realización del análisis.

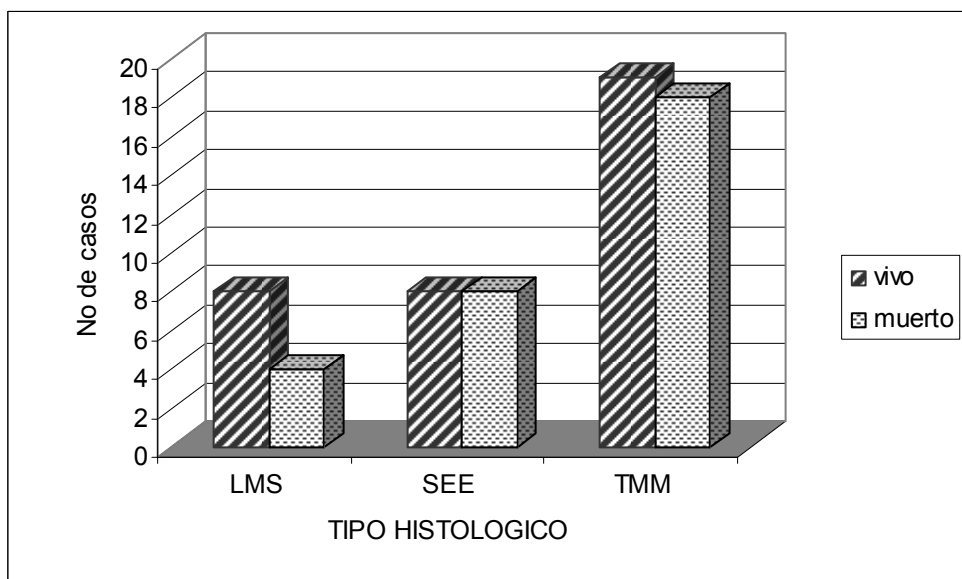


Gráfico 16. Correlación entre los tipos histológicos encontrados y la sobrevivencia al momento del estudio. No se encontró correlación significativa; mas sin embargo se encontró mayor número de pacientes vivas en los casos con reporte de tumor mixto mulleriano heterólogo y leiomiocarcoma que en sarcoma del estroma endometrial.

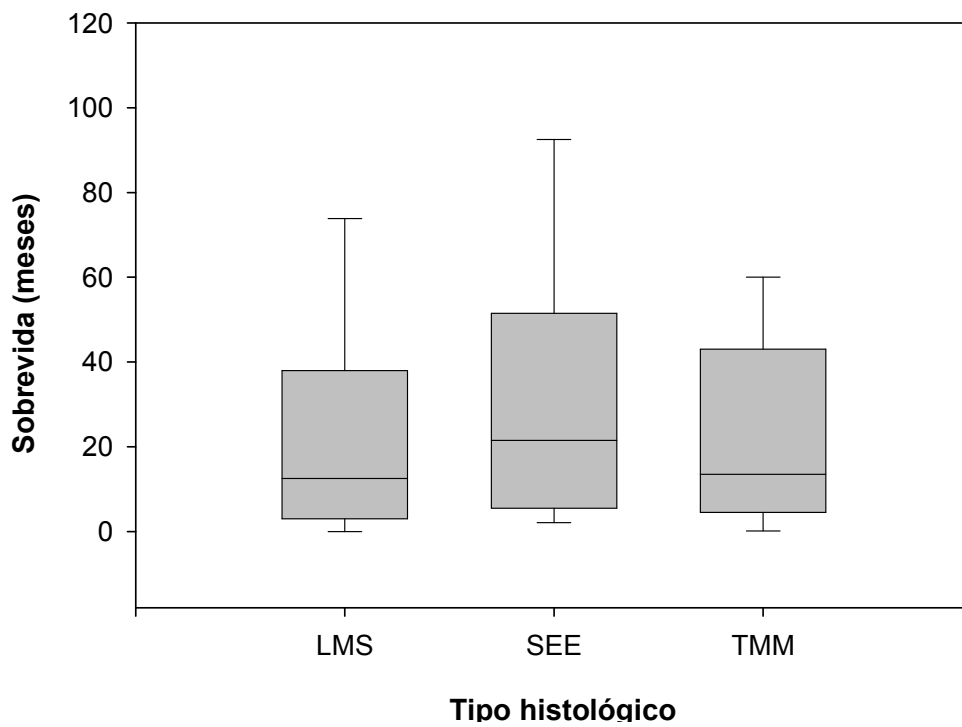


Gráfico 17. Representación de la sobrevida en meses de acuerdo al tipo histológico. No hay tipo histológico que muestre mayor sobrevida que otro ($p=0.725$)

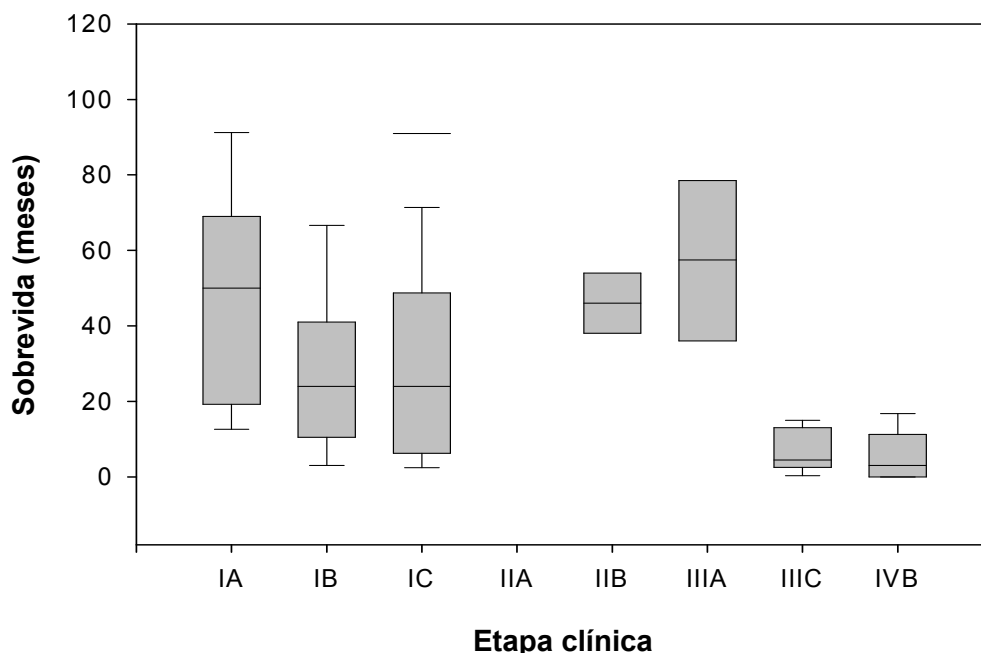


Gráfico 18. Representación de la sobrevida en meses de acuerdo a la etapa clínica de los casos encontrados. Hay mayor sobrevida en los pacientes con etapa clínica IA y IIA que en todas las demás. Las que menos sobrevida tienen son las Etapas clínicas correspondientes a la etapa IV C ($p=0.0003$).

HOJA DE REGISTRO DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"

HOJA DE REGISTRO DE CASOS DE SARCOMA UTERINO

1. Nombre: _____
2. Afiliación: _____ 3. Edad: _____ 4. Teléfono: _____
5. Talla: _____ 6. Peso: _____ 7. I. M. C: _____

8. ANTECEDENTES GINECOBOSTETRICOS

- Menarca: _____ a. Menopausia: _____ a.
VSA: _____ a. No. de Parejas Sexuales: _____
Gesta: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Cesárea: _____

9. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER

- a) Sí b) No

Sitio: _____

10. ANTECEDENTES DE SEGUNDOS PRIMARIOS

- a) Sí b) No

Sitio: _____

11. ANTECEDENTES DE RIESGO

- a) DM b) HASC c) Hormonales
d) Ovarios Poliquísticos e) Ninguno

12. COMO SE REALIZO EL DIAGNOSTICO?

- a) Citología b) Legrado c) Biopsia d) Cirugía

13. HALLAZGO DE USG: _____

14. NIVELES PREOPERATORIOS Ca 125: _____

15. HISTEROMETRIA: _____ cm

16. TIPO HISTOLOGICO

- a) Leiomiomasarcoma b) Estroma endometrial
c) Mixto Mulleriano Homólogo
d) Mixto Mulleriano Heterólogo e) otro

17. CIRUGIA REALIZADA

- a) Histerectomía con salpingooferectomía
b) Linfadenectomía pélvica
c) Linfadenectomía retroperitoneal
d) Lavado peritoneal

18. ETAPIFICACION QUIRURGICA _____

Fecha: _____

- a) Completa b) Incompleta

19. HEMORRAGIA: _____ ml.

20. TRANSFUSION

- a) Sí (_____ ml) b) No

21. TIEMPO QUIRURGICO: _____ min.

22. COMPLICACIONES

- a) Lesión vascular b) Lesión Ureteral
c) Lesión vesical d) Lesión intestinal
e) Infección de Herida Quirúrgica
f) Fístula (especificar)

- g) Hematoma h) Seroma

23. CIRUJANO: _____

24. DIAS DE ESTANCIA: _____

25. TIPO HISTOLOGICO REPORTADO POR PATOLOGIA

- a) Leiomiomasarcoma b) Estroma Endometrial
c) Mixto Mulleriano Homólogo
d) Mixto Mulleriano Heterólogo e) Otro

26. NUMERO DE GANGLIOS

- a) Pélvis derecha ___ b) Pelvis izquierda ___
c) Retroperitoneales ___ d) Total ganglios ___

27. METASTASIS A GANGLIOS

- a) Pélvis derecha ___ b) Pelvis izquierda ___
c) Retroperitoneales ___ d) Total de ganglios ___

28. LAVADO PERITONEAL O CÉLULAS NEOPLÁSICAS

- a) Sí b) No c) b No se hizo lavado

29. TRATAMIENTO ADYUVANTE

- a) RT b) QT c) Hormonoterapia

Dosis: _____ Término: _____

30. PERIODO LIBRE DE ENFERMEDAD _____ meses.

31. RECURRENCIA a) Sí b) No

32. SITIO a) Local b) Distancia c) Ambas

33. TRATAMIENTO DE LA RECURRENCIA

- a) RT b) QT c) Hormonoterapia

34. ESTADO ACTUAL

- 1) VSAT 2) VCAT 3) PSAT
4) PCAT 5) MSAT 6) MCAAT

35. SEGUIMIENTO: _____ meses.

OBSERVACIONES: _____

BIBLIOGRAFÍA

1. Brooks S, Zhan M, Cote T, Baquet C. *Surveillance, Epidemiology, and End results analysis of 2677 cases of uterine sarcoma 1989-1999*. Gynecol Oncol 2004 ; 93: 204- 208.
2. Amant F, De larey M, Dorfling M, Van der Walt L, Dreyer G, Dreyer L. *PTEN Mutations in Uterine Sarcomas*. Gynecol Oncol 2002; 85:165-169.
5. Campos Castolo M. *Diagnóstico preoperatorio del sarcoma uterino en el hospital "Luis Castelazo Ayala"* (Tesis febrero 1999) UNAM-IMSS México DF.
4. Meis JM, Lawrence WD, *The immunohistochemical profile of malignant mixed Mullerian tumor*, Am J Clin Pathol 1990; 94; 1-7
5. Platz C, Benda J. *Female genital tract cancer*. Cancer 1995; 75:270-294.
6. Schwartz S, Thomas D. *A case control study of risk factors for sarcomas of the uterus*. Cancer 1989; 64: 2487-2492.
7. Tavani A, Soler M, La Vecchia C, Negri E, Gallus S, Franceschi S. *Body weight and risk of soft-tissue sarcoma*. Br J Cancer 1999; 81: 890-892.
8. Schwartz S, et al. *Exogenous sex Hormone Use, Correlates of Endogenous Hormone Levels, and the incidence of hystologic types of sarcoma of the uterus*. Cancer 1996 ;77: 717-723.
9. Meredith RF, Harlow BL, Weiss Ns. *An excess of uterine sarcoma after pelvis irradiation*. Cancer 1986; 58:188-195.
10. Kably A, Cabra R. Ruiz M. *Sarcoma Uterino. Estudio Analítico de 37casos*. Ginec Obst Méx 1988; 66:164-169.
11. Disaia P, Creasman W. *Clinical Gynecologic Oncology*. 6ª. Ed.. USA. Mosby. 2002:198-213.

12. Gallup D, Hobbs L. *Recurrente of uterine leiomyosarcoma 25 years after terphy.* Gynecol Oncol 1998; 13:293-297.
13. Leibsohn S, dÄblaing G, Mishell DR, Schlaerth JB. *Leiomyosarcoma in a series of hysterectomies peformed for presumed uterine leiomyomas.* Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 968-976.
14. Hoshins W. Perez C. Young R. *Principles and practice of Gynecologic Oncology.* 3^aEd. USA. Lippincott Williams & Wilkins. 2000: 961-977.