

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN - LEON**



Tesis para optar al título de especialista en Patología

**Tumores de Cuerpo Uterino en el departamento de  
Patología del H.E.O.D.R.A en el período de  
Enero - Diciembre 2004.**

**AUTOR:** Dra. Roxana Maria Kuan Senqui  
Residente de Patología

**TUTOR:** Dra. Emérita Berríos Bárcenas  
Patóloga

**ASESOR:** Dr. Juan Almendárez  
Maestro en Salud Pública

León, Marzo, 2006

---

---

## RESUMEN

El dolor pélvico crónico, el sangrado uterino anormal y la sensación de peso hipogástrico son unos de los principales motivos de consulta ginecológica; las patologías que más producen estos síntomas son los tumores del cuerpo uterino, tanto benignos como malignos. El presente estudio tiene como objetivo describir los tipos de tumores de cuerpo uterino, más frecuentemente diagnosticados en el departamento de Patología del HEODRA, su principal sintomatología clínica y su relación con los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes, Enero – Diciembre 2004. La población de estudio esta constituida por 144 pacientes sometidas a histerectomía, a cuyas piezas quirúrgicas se les realizó estudio histopatológico. La información fue recopilada en ficha preestablecida, se utilizó el software epi-info para la captura y análisis de los datos. El grupo etáreo mayoritario fue el de 37 – 46 años en 58%, procedencia urbana en 68%, la Menarca se presentó entre los 12 – 14 años en 65% de las pacientes, el 67% presentó ciclos menstruales regulares. La vida sexual activa se inició en edades menores o iguales a 18 años en 62%. El 60% de las pacientes sólo habían tenido un compañero sexual, 50% tenían entre 3 – 5 hijos. Los síntomas clínicos fueron: Dolor pélvico 81%, sangrado uterino anormal 60%, leucorrea 30%, masa pélvica 18%, Dispareunia 9% y sangrado postcoito 7%. Los principales diagnósticos histopatológicos fueron: Leiomiomas 88%, Pólipos Endometriales 6%, Adenomiomas 5% y Adenocarcinomas Endometriales 1%. La localización de los tumores fue: 68% Intramural, 17% Subseroso y 15% Submucoso. Concluyendo: El grupo etáreo mas afectado por los tumores de cuerpo uterino fue el de 37-46 años. Se diagnosticaron más tumores de cuerpo uterino en la población del área urbana. Los tumores de cuerpo uterino son una importante causa de dolor pélvico crónico y de sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil. Las pacientes multíparas, presentan más frecuentemente tumores de cuerpo uterino. Los tumores de cuerpo uterino que más frecuentemente se diagnostican en el departamento de Patología del HEODRA son los Leiomiomas, seguidos por Pólipos Endometriales, Adenomiomas y Adenocarcinoma Endometrial.

# INDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINAS</b>
I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- JUSTIFICACIÓN.....	4
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
IV.- OBJETIVOS.....	6
V.- MARCO TEÓRICO .....	7
VI.- DISEÑO METODOLÓGICO .....	17
VII.- RESULTADOS .....	20
VIII.-DISCUSION.....	22
IX.- CONCLUSIONES.....	25
X.- RECOMENDACIONES.....	26
XI.- BIBLIOGRAFIA.....	27
XII.- ANEXOS.....	30

---

## I. INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico, el sangrado uterino anormal y la sensación de peso hipogástrico son unos de los principales motivos de consulta ginecológica; las patologías que más producen estos síntomas son los tumores del cuerpo uterino: Pólipos Endometriales, Adenomiosis y Leiomiomas, entre otros. Estas patologías representan aproximadamente entre el 60-70 % de los tumores benignos del cuerpo uterino. <sup>1,2</sup>

Los Pólipos Endometriales pueden ser asintomático o pueden causar hemorragias anormales si se ulceran o necrosan. <sup>3</sup> En una casuística (Van Bogaert, 1988) se diagnosticó pólipos endometriales en 24% de las biopsias Endometriales. <sup>1</sup> Estos rara vez desarrollan Adenocarcinoma. <sup>3</sup>

Los Leiomiomas del útero se presentan en aproximadamente el 25% de las mujeres en edad reproductiva, más frecuente en la raza negra y responde a estrógenos. Pueden ser asintomático o tener síntomas importantes como hemorragias anormales (submucosas), compresión de la vejiga (polaquiuria), dolores bruscos (si se rompen vasos nutricios) y disminución de la fecundidad. La transformación maligna es rara. <sup>4</sup>

En un estudio realizado en Colombia en los años 1999-2003, por Arguello y cols. en 203 pacientes a las que se les realizó histerectomía, se encontró que el principal diagnóstico histopatológico fue Leiomiomatosis uterina con 78%. <sup>19</sup> Así mismo en otro estudio realizado en Cuba en 1996 por E. Álvarez y cols; se reportó que de 253 pacientes histerectomizadas el 61% tenía diagnóstico histopatológico de Leiomiomatosis uterina. <sup>5</sup>

---

---

La interfase endometriometrial suele estar bien delimitada, sin embargo, algunas glándulas del endometrio pueden extenderse debajo de esta interfase, formando nidos profundos dentro del miometrio, produciendo la denominada Adenomiosis. La hemorragia en el interior de estos nidos adenomiósicos produce menorragias, dismenorrea, dispareunia y dolores pélvicos, especialmente durante el período premenstrual.<sup>3</sup>

El Adenocarcinoma Endometrial constituye en el mundo desarrollado, el tumor maligno más frecuente del cuerpo uterino. La edad y la acción estrogénica, tanto endógena como exógena son los factores de riesgo más importantes. En general se presenta en dos grupos de pacientes, las que representan dos historias naturales diferenciadas.<sup>1, 6, 7</sup>

La duplicación en la incidencia de este cáncer en la década de 1,970 se correlacionó con el uso desmedido de estrógenos en el reemplazo hormonal y de anticonceptivos orales secuenciales durante los 10 años anteriores.

En la última década, la frecuencia de cáncer endometrial ha permanecido estable. Los cánceres endometriales aparecen en mujeres posmenopáusicas y producen hemorragias (posmenopáusicas) anormales, esto facilita el diagnóstico precoz y la curación en fases más tempranas. Por ello el pronóstico absoluto es considerablemente mejor que para los demás tipos de cáncer ginecológico.

El cáncer ovárico y cervical son sin lugar a dudas más letales que el carcinoma endometrial. De 33,000 casos nuevos que se informaron en EUA de cáncer endometrial en 1,991, solo ocurrieron 5,500 muertes. En contraste, de 21,000 casos de cáncer de ovario, 12,500 mujeres murieron.<sup>1, 8</sup>

---

En la referente al cáncer cervical, se comunicaron 13,500 casos nuevos y 4,500 muertes, esto debido a que mediante la citología ginecológica y la colposcopia-biopsia se detectan más lesiones precancerosas.<sup>2, 3, 8</sup>

---

## **II. JUSTIFICACION**

El dolor pélvico crónico y la hemorragia uterina anormal son unos de los principales motivos de consulta ginecológica, esta sintomatología a su vez es la forma más frecuente de presentación de la mayoría de los tumores de cuerpo uterino, sin embargo, en nuestro país debido a que no se cuenta con datos estadísticos no conocemos si existe o no asociación entre estas patologías y la sintomatología anterior. El presente estudio pretende contribuir a construir un registro sobre esta problemática y además a que se piense en estos tumores mejorando el diagnóstico y brindando tratamiento oportuno a las mujeres que presenten dicha sintomatología.

---

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación entre los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes con tumores de cuerpo uterino mas frecuentemente diagnosticados en el departamento de patología del HEODRA y su principal sintomatología clínica?



---

---

## IV. OBJETIVOS

### GENERAL:

Describir los tipos de tumores de cuerpo uterino, mas frecuentemente diagnosticados en el departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), su principal sintomatología clínica y su relación con los antecedentes gineco-obstétricos (Menarca, IVSA, Paridad, etc.) de las pacientes sometidas al estudio. Enero – Diciembre 2004.

### ESPECIFICOS:

1. Clasificar por edad y procedencia a las pacientes sometidas al estudio.
2. Relacionar los antecedentes gineco-obstétricos: paridad, menarca, IVSA, uso de anticonceptivos orales, menopausia, etc. con los tumores de cuerpo uterino.
3. Describir la principal sintomatología clínica de las pacientes y su relación con los tumores de cuerpo uterino.
4. Clasificar los tumores de cuerpo uterino según tipo histológico, sitio anatómico y malignidad de los mismos.

---

---

## V. MARCO TEORICO

### TUMORES DE ÚTERO:

#### Tumores benignos

Los tumores del cuerpo uterino representan aproximadamente el 20% de los tumores del aparato reproductor femenino, es por esto que son una importante causa de la sintomatología que aquejan las mujeres como dolor pélvico, sangrado uterino anormal y dismenorrea entre otros. Ellos se pueden dividir según su localización anatómica en el endometrio o el miometrio. <sup>1, 3, 6, 9</sup>

#### **A. Endometrio:**

- Pólipos
- Adenomioma Polipoide atípico
- Nódulo del estroma endometrial
- Adenofibroma

#### **B. Miometrio:**

- Leiomioma

#### **Pólipos:**

Se caracterizan por una proliferación de glándulas endometriales en medio de un estroma de densidad variable que contiene vasos sanguíneos con hipertrofia de sus paredes. Pueden ser únicos o múltiples, sésiles o pediculados, con una superficie externa variable, de color rojizo y de tamaño variable. Cuando la lesión se implanta en el segmento inferior y es alargada puede llegar a exteriorizarse a través del cuello uterino.

---

### **Adenomioma polipoide atípico:**

Lesión polipoide única, predominantemente localizada en el segmento inferior del útero, aunque también puede aparecer implantada en el cuerpo e inclusive en el endocérvix. Consiste en una proliferación de glándulas endometriales y de leiomiocitos y miofibroblastos entrelazados irregularmente. El término atípico se fundamenta por la presencia de cambios arquitecturales y citológicos en las glándulas proliferadas que se apartan de lo normal. Cuando la lesión se observa en espécimen de histerectomía, el procedimiento es curativo. Cuando se trata de resecarla por curetaje se corre el riesgo de dejar la base y que se presenten recidivas.

### **Nódulo del estroma endometrial:**

Tumor benigno del estroma endometrial caracterizado por una proliferación de células fusiformes que se asemejan a las del estroma del endometrio proliferativo normal. Son más bien pequeños sin atípicas significativas, y presentan escasas mitosis. El estroma contiene numerosos vasos con una arquitectura similar al de las arteriolas espirales. El contorno corresponde al de una lesión con crecimiento expansivo, aunque puede haber lesiones con proyecciones digitiformes que se insinúan en el miometrio adyacente. En algunos casos se aprecia necrosis, degeneración pseudoquística, acumulación de células espumosas y puede haber calcificaciones; en otros destaca la fibrosis hialina del estroma.

### **Adenofibroma:**

Es una lesión uterina extremadamente infrecuente y suele presentarse como una masa polipoide de arquitectura papilar. Se considera un tumor mulleriano benigno y debe distinguirse de un adenosarcoma. <sup>1, 2, 3, 10</sup>

---

## **B. Miometrio:**

### **Leiomiomas:**

Consiste en una proliferación leiomiocítica circunscrita en medio de un estroma fibroso que contiene vasos sanguíneos. Afecta principalmente a mujeres mayores de 50 años, con una frecuencia que depende en gran parte del procedimiento empleado para su detección (15 al 35%). Las mujeres de raza negra tienen mayor propensión a la enfermedad. Suelen involucionar con la menopausia. Su localización en el útero y su volumen suelen correlacionarse con la con el tipo de manifestaciones clínicas, aunque no siempre es así. Destacan el dolor y/o la sensación de peso, asociados o no a hemorragia uterina.

El tamaño es variable, pueden ser desde muy pequeños hasta más de 30 cm., pueden ser únicos o múltiples. Según su ubicación pueden ser intramurales, submucosos o subserosos.

Los estudios ecográficos y la histeroscopia permiten precisar sus características y planificar el tipo de tratamiento mas adecuado.

### **Tipos de Leiomioma:**

- ❑ Leiomioma convencional
- ❑ Leiomioma celular
- ❑ Leiomioma mitóticamente activo
- ❑ Leiomioma simplástico (pleomórfico)
- ❑ Leiomioma epiteliode
- ❑ Leiomiolipoma
- ❑ Leiomioma vascular
- ❑ Leiomiomatosis difusa
- ❑ Leiomiomas benignos metastizantes
- ❑ Leiomioma cotiledonoide disecante
- ❑ Leiomiomatosis intravenosa

---

---

## Cambios degenerativos:

En un mioma pueden producirse cambios diversos como resultado de:  
acumulación de líquido, cambios mixoides en la matriz extracelular, formación de cavidades, existencia en mayor o menor grado de necrosis o formación de depósito de sales cálcicas.<sup>1, 2, 7, 11, 12, 13, 14</sup>

## Tumores malignos de cuerpo uterino.<sup>1, 2</sup>

<p><i>Tumores epiteliales</i></p> <p>Adenocarcinoma Endometriode</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Villoglandular</li><li>- Secretor</li><li>- De células ciliadas</li><li>- Con diferenciación escamosa (adenoacantoma, carcinoma adenoescamoso)</li></ul> <p>Adenocarcinoma seroso</p> <p>Adenocarcinoma de células claras</p> <p>Adenocarcinoma mucinoso</p> <p>Carcinoma escamoso</p> <p>Carcinoma mixto</p> <p>Carcinoma indiferenciado</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- De células grandes</li><li>- De células gigantes</li><li>- De células fusiformes</li><li>- De células pequeñas</li><li>-</li></ul>	<p><b>Tumores mixtos del estroma endometrial y músculo liso</b></p> <p>Otros tumores mesenquimatosos</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Rabdomiosarcoma</li><li>- Condrosarcoma</li><li>- Osteosarcoma</li><li>- Liposarcoma</li><li>- Otros</li></ul>
	<p><b>Tumores mixtos epiteliales y Mesenquimatosos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Carcinosarcoma</li><li>- Adenosarcoma</li><li>- Carcinofibroma</li></ul>
	<p><b>Tumores misceláneos</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tumores de células germinales</li><li>- Tumores neuroectodérmicos</li><li>- Linfomas y leucemias</li></ul>
<p><b>Tumores mesenquimatosos</b></p> <p>-Sarcoma de la estroma endometrial</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- De bajo grado</li><li>- De alto grado</li></ul> <p>-Tumores de músculo liso con potencial maligno incierto</p> <p>-Leiomiomas</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Variante epitelioide</li><li>- Variante mixoide</li></ul>	<p><b>Tumores secundarios</b></p>

---

## Adenocarcinoma Endometrial:

Es el más común de las neoplasias ginecológicas malignas en EUA. Típicamente ocurre en mujeres mayores, aproximadamente el 80% posmenopáusicas al momento del diagnóstico. Se sugiere que puede dividirse en dos tipos diferentes en base a su patogénesis:

1.- El primer tipo, ocurre como resultado de estimulación estrogénica excesiva y se desarrolla en un grupo de hiperplasia endometrial.

2.- De Novo.

Pacientes con alto riesgo en el primer grupo son:

- Obesas.
- Diabéticas.
- Hipertensas.
- Infértiles, esto por falta de ovulación, (incluyendo Síndrome de Stein-Leventhal)
- Sangrado disfuncional (por grados severos de hiperplasia endometrial)

Macroscópicamente el cáncer de endometrio se observa como masas polipoides o infiltrando difusamente el miometrio. En general, invasión miometrial extensa esta acompañada clínicamente por agrandamiento uterino, sin embargo, casos excepcionales ocurren con útero de tamaño normal.

Microscópicamente el 80% de los tumores epiteliales malignos son adenocarcinomas convencionales, los que se dividen en bien diferenciados (grado I: 50%), moderadamente diferenciados (grado II: 35%) y pobremente diferenciado (grado III: 15%).

---

Un cuarto de los cánceres son papilares (Villoglandular) focal, en sus superficies o en áreas invasivas. El estroma del adenocarcinoma es desmoplásico, la extensión al cérvix ocurre en 10% de los casos, usualmente por invasión directa, pero algunas veces por implantación. Esto puede ser evidente macroscópicamente o por examen microscópico, pudiendo envolver la superficie, el estroma fibroso o ambos.

### **Variantes Microscópicas:**

- Adenoacantoma.
- Carcinoma Adenoescamoso. (mixto)
- Carcinoma de Células Glassy.
- Carcinoma Secretor.
- Carcinoma Ciliado.
- Adenocarcinoma Mucinoso.
- Carcinoma Seroso Papilar.
- Carcinoma de Células Claras.
- Carcinoma de Células pequeñas.
- Carcinoma de Células Escamosas.
- Carcinoma de Células Gigantes.
- Carcinoma Endometrial con diferenciación Trofoblástica.
- Carcinoma de Células Oxifílicas.

Inmunohistoquímicamente expresa: Queratina 7, 8, 18 y 19; Vimentina (65%), CEA, CA125.

---

---

## Diseminación y Metástasis:

El sitio más común es la pelvis, ganglios linfáticos para-aórticos y ovarios. Las metástasis linfáticas ocurren en 5 a 25% de los tumores en estadio clínico I. El 8% de los carcinomas endometriales se acompañan de cáncer de ovario simultáneo. El sitio más común de recurrencia de cáncer endometrial es vagina y pelvis, las metástasis a distancia son a pulmón, hígado, hueso, sistema nervioso central y piel.

## Tratamiento:

Cirugía, algunas veces acompañada de remoción de ganglios linfáticos para-aórticos y pélvicos.

Radioterapia en combinación con cirugía.

## Factores pronósticos importantes:

- Estadio clínico. (FIGO)
- Nivel de infiltración miometrial.
- Grado de diferenciación microscópico.
- Extensión cervical.
- Dependencia de estrógenos.
- Tipo microscópico.
- Invasión a vasos linfáticos.
- Invasión a vasos sanguíneos.
- Estatus de receptor de hormonas.
- Expresión de p53.
- Factor de crecimiento epidérmico.
- Proliferación celular. [1, 2, 3, 6, 14](#)



---

---

## **TUMORES DEL ESTROMA ENDOMETRIAL:**

Ocurren en mujeres de edad media (45 años), pueden presentarse con hemorragia vaginal, pueden ser benignos (nódulos estromales) y malignos (bajo grado: miosis endolinfática estromal; alto grado: sarcoma estromal).

Macroscópicamente son blandos, de color amarillo o naranja.

Microscópicamente: son células uniformes, pequeñas, semejantes a estroma endometrial, envolviendo individualmente a las fibras reticulares, las que característicamente envuelven pequeños vasos y arteriolas en espiral. Otra característica es que tienen focos de hialinización, células espumosas esparcidas y agregados de formaciones pseudoepiteliomatosas.

Las células tumorales contienen receptores para estrógenos y progesterona y responden a la administración de progestágenos. Su perfil inmunohistoquímico es variado.

### **Sarcomas de bajo grado:**

Tradicionalmente designado como Miosis Estromal Endolinfática, infiltra el miometrio y vasos linfáticos. Historia natural es de progresión lenta, recurrencias locales (pelvis, ovarios), otros sitios intra-abdominales y pared abdominal anterior.

Macroscópicamente es una masa amarillenta, redonda o polipoide. La invasión local puede extenderse a los ligamentos, trompas y ovarios. Microscópicamente contiene menos de 10 mitosis por campo.

---

---

### **Sarcoma de alto grado:**

Invasión local y vascular, alto número de mitosis. Macroscópicamente se observa crecimiento difuso envolviendo por completo la superficie endometrial.

Mal pronóstico, tendencia a las metástasis a distancia, particularmente a pulmón y a recurrir en la pelvis.

El tamaño del tumor y la extensión uterina son factores pronósticos importantes. Neoplasias estromales de menos de 4 cm. De diámetro, prácticamente nunca recurren y tumores confinados al útero y realizando cirugía a tiempo, raramente recurren.

### **Tumor Mülleriano Mixto maligno:**

Rara neoplasia uterina, vista prácticamente en mujeres posmenopáusicas con sangrado uterino. Localización usual es cuerpo uterino, particularmente la pared posterior, en la región del fondo. Presenta crecimiento polipoide, grande, blando, envolviendo el endometrio y miometrio, algunos protruyendo el cérvix. Focos de necrosis y hemorragia son comunes.

Microscópicamente es una mezcla de elementos sarcomatoides y carcinomatosos (tipo glandular), resultando en apariencia bifásica. Como regla es pobremente diferenciado, el estroma maligno está formado por células redondas del estroma endometrial y por células fusiformes, recordando el Leiomioma o Fibrosarcoma. Es común la extensión directa a la pelvis, linfáticos y vascular.

---

## Tratamiento:

- Cirugía y linfadenectomía pélvica.
- Radioterapia y quimioterapia es pobre.

El sitio más común de recurrencia es pulmón, cavidad abdominal.

## **Leiomioma:**

Se presenta en mujeres mayores (promedio 54 años).

El 67% son solitarios.

Macroscópicamente son blandos o carnosos, con necrosis y hemorragia.

Microscópicamente son hipercelulares, células fusiformes u ovals, con más de 5 mitosis por campo de alto poder. [1, 6, 7, 15, 19](#)

---

---

## IV. Material y Método

### Ⓢ Tipo de estudio

Descriptivo de Serie de Casos.

### Ⓢ Población de estudio

Todas las mujeres a las que se les realizó estudio histopatológico, en el departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), cuyo resultado sea algún tipo de tumor del cuerpo uterino.

### Ⓢ Período de estudio

Primero de Enero al treinta y uno de Diciembre 2004.

### Ⓢ Criterios de inclusión - exclusión

Se incluyeron en el estudio todas las pacientes cuyo diagnóstico histopatológico es un tipo de tumor del cuerpo uterino. Así mismo se excluyeron del estudio todas las pacientes que no cumplan este requisito y/o cuya hoja de solicitud de biopsia no presente datos clínicos.

### Ⓢ Recolección de la información

La información se recolectó a través de dos fuentes:

Los registros del departamento de Patología del HEODRA. (Fuente secundaria).

Entrevista directa a las pacientes incluidas en el estudio. (Fuente primaria) (Ver Anexo)

---

- [Instrumento](#)

Ficha de recolección de datos. (Ver anexo)

- [Análisis de la información](#)

Una vez recolectada la información se analizó a través del software Epi-Info, para realizar cruce de variables y expresarse en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

## Operacionalización de variables:

Variable	Concepto	Escala
Edad	Periodo que ha transcurrido desde el nacimiento del individuo	27-36 37-46 47-56 57-66 67-76
Procedencia	Lugar de residencia de la paciente	Urbana Rural
Gestas	Numero de embarazos, ya sea que haya terminado en parto, aborto o cesárea	Numérica
Menarca	Edad de inicio de la menstruación	Años
IVSA	Edad de inicio de las relaciones sexuales	Años
Masa Pélvica	Presencia de masa en hipogastrio referida o encontrada en el examen físico	Si No
Dolor pélvico	Dolor en hipogastrio no relacionado con la menstruación	Si No
Dispareunia	Dolor genital que ocurre antes, durante o después del coito	Si No
Sangrado postcoito	Sangrado durante o posterior al coito que no se relaciona con la menstruación	Si No
Sangrado uterino anormal	Es el sangrado que se produce fuera del ciclo menstrual	Si No
Tipo histológico	Diagnóstico patológico del tumor	--
Localización del tumor	Localización anatómica del tumor en el útero	Endometrio Miometro Serosa

---

---

## V. Resultados

Durante el período de Enero a Diciembre del año 2004, se recibieron 476 úteros en el departamento de Patología del HEODRA, para realizarles estudio histopatológico; de los cuales sólo se incluyeron en el estudio 144, los restantes se excluyeron por carecer de datos clínicos.

En relación a la edad de las pacientes el grupo etáreo mayoritario fue el de 37 – 46 años con 58%, seguido por el grupo de 47 – 56 años con 26%. (Cuadro 1).

La procedencia urbana predominó con 68%, sobre las del área rural con 32%. (Cuadro 2).

Dentro de los antecedentes Gineco-Obstétricos, la Menarca se presentó entre los 12 – 14 años en 65% de las pacientes, el 67% presentó ciclos menstruales regulares. La vida sexual activa se inició en edades menores o iguales a 18 años en 62%, en mayores de 18 años 35% y el 3% no habían tenido vida sexual. El 60% de las pacientes sólo habían tenido un compañero sexual, seguido por 21%, dos compañeros. (Cuadro 3)

Con respecto a la paridad el 50% tenían entre 3 – 5 hijos, el 22% 6 – 8 hijos, 8% 9 – 11 hijos, 3% 12 – 20 hijos. (Cuadro 4)

Los síntomas clínicos que presentaron las pacientes fueron: Dolor pélvico 81%, sangrado uterino anormal 60%, leucorrea 30%, masa pélvica 18%, Dispareunia 9% y sangrado postcoito 7%. (Grafico 1)

---

Los principales diagnósticos histopatológicos fueron: Leiomiomas 88%, Pólipos Endometriales 6%, Adenomiomas 5% y Adenocarcinomas Endometriales 1%. (Grafico 2)

Al realizar cruce de variables entre los principales síntomas clínicos y los diagnósticos histopatológicos se encontró que presentaron sangrado uterino anormal: 74 pacientes con Leiomiomas, 4 con Pólipos Endometriales, 7 con Adenomiomas y con Adenocarcinomas Endometriales. (Cuadro 5)

En cuanto al dolor, se observó en 103 pacientes con Leiomiomas, 8 con Pólipos Endometriales, 4 con Adenomiomas y 2 con Adenocarcinomas Endometriales. (Cuadro 6)

Referente a la localización de los tumores benignos, 68% eran Intramurales, 17% Subserosos y 15% Submucosos. (Grafico 2)

Al realizar cruce de variables con los diagnósticos histopatológicos se encontró que de los Leiomiomas, 71% eran intramurales, 10% submucosos y 19% subserosos. Los 9 Pólipos Endometriales eran submucosos, los 7 Adenomiomas eran intramurales (miometriales). (Cuadro 7)

De los tumores malignos el Adenocarcinoma Endometrial (dos casos) fue el principal diagnóstico, ambos presentaban menos del 50% de invasión miometrial. (Cuadro 8)



---

---

## VI. Discusión

En el presente estudio el grupo etáreo que más presentó tumores de cuerpo uterino fue el de 37 – 46 años con 58%, seguido por el grupo de 47 – 56 años con 26%; la literatura reporta mayor presentación de tumores de cuerpo uterino en mujeres en edad fértil (tumores benignos), seguido por pacientes premenopáusicas (tumores malignos), se ha demostrado que la mayoría de estos tumores son dependientes de hormonas (estrógenos, progesterona, hormona luteinizante); esta dependencia se debe a que hay aumento en las fibras musculares lisas de los receptores de estrógenos y progesterona, así como sitios específicos de reconocimiento de la hormona luteinizante, las que modulan la expresión de diversos factores de crecimiento que influyen en el crecimiento de los tumores. <sup>1, 2, 7, 13</sup>

Los datos estadísticos mencionan que el mayor porcentaje de consultas ginecológicas proceden del área urbana, la causa de esto es multifactorial (menor accesibilidad, menos posibilidades económicas, pocos o ningún conocimiento de la patología, bajo nivel cultural del área rural). Esto explica el mayor porcentaje de pacientes del área urbana encontradas en el estudio.

De los antecedentes Gineco-Obstétricos de mayor importancia, encontramos que la edad de presentación de la Menarca fue entre los 12 – 14 años, con 65%; se ha observado un mayor porcentaje de tumores de cuerpo uterino en aquellas pacientes con menarca temprana, explicado esto por el mayor tiempo de exposición a estrógenos. Por esta misma razón la nuliparidad y la menopausia tardía son también factores de riesgo; sin embargo en nuestro estudio observamos que un alto porcentaje (50%) presentaban paridad entre 3-5 hijos, lo que explica también que el inicio de vida sexual activa se presente antes de los 18 años en 63% de las pacientes. <sup>6, 7</sup>

---

Los síntomas encontrados en las pacientes sometidas al estudio concuerdan con los síntomas característicos de los tumores de cuerpo uterino. Según M. Casco en un estudio realizado en el hospital oscar Danilo Rosales, encontró que el principal síntoma de estas patologías era dolor pélvico con 81%, Dismenorrea 63% y Sangrado Uterino Anormal 58%, lo que coincide con nuestro estudio donde se encontró que los principales síntomas fueron dolor pélvico en 81% y Sangrado Uterino Anormal en 60%. <sup>1, 4, 6, 14,20</sup>

Estos síntomas se explican por su fisiopatología; el dolor se produce principalmente por la compresión que estos tumores producen en los diferentes órganos pélvicos, su intensidad varía de acuerdo al tamaño de los mismos, esto también produce sensación de peso y además causa sangrados por la compresión a vasos endometriales, su congestión y posterior rotura, al igual que causan compresión en los vasos miometriales produciendo tanto dolor como sangrado. <sup>1, 6, 7, 13, 20</sup>

Al asociar los síntomas con los principales diagnósticos histopatológicos se encontró que los Leiomiomas se asocian frecuentemente a dolor pélvico en 82% y a Sangrado Uterino Anormal en 51%. Esto se explica debido a que por lo general los miomas son múltiples, lo que produce un aumento del volumen del útero causando compresión de órganos pélvicos y dolor. El sangrado se produce más frecuentemente en aquellos miomas de localización submucosa por rotura de la mucosa endometrial, o dilatación del sistema venoso uterino, en los intramurales, además de estar involucrados factores de crecimiento tumoral. <sup>1, 4, 6, 14, 20</sup>

Referente a la localización de los tumores benignos, observamos que la mayoría eran Intramurales con 68%, esto se explica debido a que el principal diagnóstico histopatológico fue Leiomioma (88%), los que según la literatura se presentan más frecuentemente en localización Intramural.

---

Explicado esto porque en las fibras musculares lisas encontramos endotelina A que estimula la síntesis de DNA, división celular e hipertrofia de miocitos, fibroblastos y células mesangiales. Otro hallazgo es la proteína Bcl-2, inhibidora de la apoptosis, que se encuentra abundantemente en los miomas, esta proteína aumenta su efecto con la progesterona. Otros mediadores encontrados son el péptido relacionado con la paratohormona que aumenta el crecimiento celular local y el factor supresivo tumoral en menor cantidad. Además de un aumento del número de receptores de estrógenos y progesterona. <sup>7, 13, 17</sup>

---

## VII. Conclusiones

- ✚ El grupo etáreo mas afectado por los tumores de cuerpo uterino fue el de 37-46 años.
- ✚ Se diagnosticaron más tumores de cuerpo uterino en la población del área urbana.
- ✚ Los tumores de cuerpo uterino son una importante causa de dolor pélvico crónico y de sangrado uterino anormal en mujeres en edad fértil.
- ✚ Las pacientes multíparas, presentan más frecuentemente tumores de cuerpo uterino.
- ✚ Los tumores de cuerpo uterino que más frecuentemente se diagnostican en el departamento de Patología del HEODRA son los Leiomiomas, seguidos por Pólipos Endometriales, Adenomiomas y Adenocarcinoma Endometrial.

---

## VIII. Recomendaciones

- ④ Brindar en conjunto con los servicios de atención primaria en salud, charlas sobre los principales síntomas de los tumores de cuerpo uterino, para tratar de realizar captación precoz y tratamiento oportuno a estas pacientes. Así mismo realizar salidas integrales a las comunidades para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de las pacientes del área rural.
- ④ Crear y mantener un sistema de registro actualizado en el departamento de Patología del HEODRA, ya sea por patología o por área clínica.

---

---

## IX. Bibliografía

1. Grases, Pedro J. Patología Ginecológica. Bases para el diagnóstico morfológico. Editorial Masson. 2003.
2. Rosai J., Surgical Pathology Ackerman, 8va. Edition. Vol. Two. 1995.
3. Cotran R. S Kumar V. Robinns ST Patología Estructural y Funcional. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill 6ta. Edición, México DF 2000.
4. M. J. Cancelo Hidalgo, J. C. Monte, Miomas Uterinos II, Clínica, Diagnóstico y Tratamiento, Semergen, 24 (10) 821-824. 2000.
5. E. Alvarez, L. Mettler, J. Luttges. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 22, No.1, 1996.
6. M. Chacón, S. Sigal, Carcinoma de Endometrio. Tesis monográfica, Facultad de Medicina, Universidad de Cuyo, Argentina, Agosto 2005.
7. Manual de salud reproductiva. MINSA. 1996. Dirección general de atención integral a la mujer y la niñez. Pág. 75-79.
8. Castañeda, Toledo, Aguilera. Factores de riesgo de carcinoma in situ en mujeres de Zacatecas, México. 1998. Salud Pública Méx. #40.
9. Ulloa, G. Neoplasias del cuerpo uterino en el HEODRA, 1992-1993. Monografía, UNAN, León. 1995.

- 
- 
10. Rubin, Emmanuel and Farber John. Patología Médica Panamericana, S:A, Buenos Aires 1990.
  11. MacSween, Whaley. 13va edición, Interamericana McGraw-Hill. 1990.
  12. Decherney, Pernoll. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico. 7ma. Edición, Editorial Manual Moderno. 2000.
  - 13.R. Buñuelos A., Miomatosis Uterina, un Enfoque Endocrinológico. Revista de Endocrinología y Nutrición, Vol. 8, No. 3, sept. 2003
  - 14.J. V. Ramírez. Miomatosis Uterina, Ginecología, Tema VII. 1999.
  - 15.Vollenhoven BJ, Lawrence AS, Healy DL. Uterine fibroids: a clinical review. Br. J Obstetric Gynecology 1990; 97: 285- 298.
  - 16.L. Sánchez, H. Restrepo, L. Díaz. Leiomiomatosis ovárica. Rev. Colombiana de obstetricia y ginecología, Vol. 49, no. 2, Bogotá, Abril/Junio, 1998.
  - 17.R. Chuaqui, Patología Especial de Cuerpo Uterino. Anatomía Patológica del Aparato Genital Femenino. Oct. 2005.
  - 18.Tierney, Jr., Mcphee, Papadakis. Diagnóstico y tratamiento. 35va. Edición, Manual Moderno. 2000.
  - 19.R. Arguello, E. Hoyos, P. Perdomo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 54, No. 4, Bogota, Octubre 2003.

- 
20. M. Casco Úbeda, Adenomiosis. Concordancia Clínica y Ultrasonográfica con resultados histopatológicos en el servicio de G-O, HEODRA, Tesis monográfica, UNAN, León, 2001-2003.
  21. R.D. Sinelnikov. Atlas de Anatomía Humana. Tomo II. Editorial MIR. Cuarta edición, 1986.
  22. Leesson, Leesson, Paparo. Texto Atlas de Histología. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. 1ra. Edición 1988.
  23. Sternberg, Stephen. Histology for Pathologist. Editorial Lippincott. Raben, Philadelphia. New York. 1996.



---

***ANEXOS***

---

---

## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

### Tumores de cuerpo uterino en el departamento de Patología del HEODRA. Enero – Diciembre 2004.

#### 1.- Datos generales del paciente:

- a) Número de quirúrgica: \_\_\_\_\_
- b) Número de expediente: \_\_\_\_\_
- c) Edad: \_\_\_\_\_
- d) Procedencia: Urbana \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_
- e) Signos y síntomas: Sangrado uterino anormal \_\_\_\_\_  
Masa pélvica \_\_\_\_\_  
Dispareunia \_\_\_\_\_  
Sangrado postcoito \_\_\_\_\_  
Dolor pélvico \_\_\_\_\_  
Leucorrea \_\_\_\_\_

#### 2.- Antecedentes Gineco-obstétricos:

- a) Menarca: \_\_\_\_\_
- b) IVSA: \_\_\_\_\_
- c) Número de compañeros sexuales: \_\_\_\_\_
- d) Gestas: \_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_ Legrado \_\_\_\_\_
- e) Menopausia: \_\_\_\_\_
- f) Tratamiento hormonal Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

---

### 3.- Datos morfológicos:

#### a) Características macroscópicas:

- Tamaño del tumor \_\_\_\_\_

- Localización del tumor: \_\_\_\_\_

- Invasión miometrial: Menor de 50% \_\_\_\_\_ Mayor del 50% \_\_\_\_\_

- Afectación de la serosa: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- Tipo Histológico: \_\_\_\_\_

---

---

**Estudio de Investigación: Tumores de cuerpo uterino en el departamento de Patología del HEODRA. Enero – Diciembre 2004.**

**Consideraciones Éticas.**

Ficha # \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Introducción.**

Los tumores del cuerpo uterino representan entre el 60-70% de las patologías uterinas, provocando sangrado uterino anormal, dolor pélvico crónico y/o sensación de peso hipogástrico, siendo esta sintomatología de los principales motivos de consulta ginecológica.

El propósito del presente documento es suministrar a la participante potencial del estudio la información necesaria para ayudarla a decidir su participación en el mismo, brindando un entendimiento completo, pero a la vez sencillo, de las razones científicas que motivaron el estudio y los probables efectos y beneficios que este aporta a las personas. También informa sobre sus derechos y responsabilidades al participar en el estudio.

**Fundamentación.**

En nuestro país debido a que no se cuenta con datos estadísticos no conocemos si existe o no asociación entre los tumores de cuerpo uterino, la sintomatología de las pacientes y los antecedentes gineco-obstétricos. El presente estudio pretende contribuir a construir un registro sobre esta problemática, que sirva de base a estudios posteriores y además a que se piense en estos tumores mejorando el diagnóstico y brindando tratamiento oportuno a las mujeres que presenten dicha sintomatología.

**Aprobación.**

El presente estudio ha sido revisado y aprobado por un comité revisor independiente de ética/consejo de revisión institucional.

---

---

### **Participación en el estudio.**

Una persona adiestrada que forma parte de la investigación le formulara preguntas acerca de su salud e historia clínica de la enfermedad y se le pedirá leer y firmar un consentimiento informado si usted desea participar en el estudio.

### **Participación voluntaria.**

Su participación es voluntaria. El rechazo a formar parte o continuar con el estudio no implicará ninguna penalidad o pérdida de beneficios o atención a que de otra forma hubiera tenido derecho a recibir de su prestador medico. Usted tiene derecho a recibir copia de este documento.

### **Confidencialidad y revisión de documentos originales.**

Usted comprenderá y estará de acuerdo con lo siguiente:

Será necesario que nos permita los resultados de los exámenes que usted se ha realizado e información de importancia relevante que solamente su persona podrá brindar, garantizándole su confidencialidad y el acceso limitado al personal que esta realizando el estudio. No será revelada su identidad y una vez terminada la investigación se procesara electrónicamente.

### **Derecho a formular preguntas y/o retirarse del estudio.**

Usted puede formular preguntas acerca del estudio y para ello por favor tome contacto con:

Dra. Roxana María Kuan Senqui.

Departamento de Patología del hospital Oscar Danilo Rosales.

Teléfono # 311-0358.

### **Beneficios del estudio:**

El presente estudio pretende contribuir a construir un registro sobre los principales tumores de cuerpo uterino, su relación con la sintomatología clínica y además a que se piense en estos tumores mejorando el diagnóstico, brindando tratamiento oportuno a las mujeres que presenten dicha sintomatología.

---

---

**Consentimiento informado.**

Me ha sido informado con claridad el estudio clínico, he leído y comprendido la información suministrada. Estoy de acuerdo con ser parte del mismo y brindar la información necesaria que me sea solicitada, reconozco haber recibido copia del presente formulario para referencia futura.

Yo \_\_\_\_\_

Nombre completo de la participante del estudio.

Por medio del presente doy libremente mi consentimiento para la participación en el estudio.

Firma de la participante \_\_\_\_\_

Domicilio de la participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

---

---

**Cuadro 1**

Distribución de los pacientes con tumores de cuerpo uterino por grupo etáreo.  
Enero – Diciembre 2004. n = 144.

<b>Grupos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
27 – 36 años	15	10
37 – 46 años	83	58
47 – 56 años	37	26
57 – 66 años	8	5
Mayor 67 años	1	1
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

---

Fuente secundaria: Archivos del Departamento de Patología HEODRA.

---

---

**Cuadro 2**

Procedencia de las pacientes con tumores de cuerpo uterino.  
Enero – Diciembre 2004. n = 144.

<b>Procedencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Urbana	98	68
Rural	43	32
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

---

Fuente secundaria: Archivos del Departamento de Patología HEODRA.



---

---

### Cuadro 3

Antecedentes Gineco-Obstétricos de las pacientes con tumores de cuerpo uterino.  
Enero – Diciembre 2004. n = 144.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menarca</b>		
10-11 años	20	14
12-14 años	93	65
15-17 años	29	20
18-20 años	2	1
<b>IVSA</b>		
Menor 18 años	90	62
Mayor 18 años	50	35
Negado	4	3
<b># Cros. Sexuales</b>		
0	7	5
1	86	60
2	30	21
3	17	11
4	3	2
6	1	1

---

Fuente secundaria: Archivos del Departamento de Patología HEODRA.

---

---

**Cuadro 4**

Paridad de las pacientes con tumores de cuerpo uterino.

Enero – Diciembre 2004. n = 144.

<b>Gestas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
0-2 hijos	24	17
3-5 hijos	72	50
6-8 hijos	32	22
9-11 hijos	12	8
12-14 hijos	1	1
15-17 hijos	2	1
18-20 hijos	1	1
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

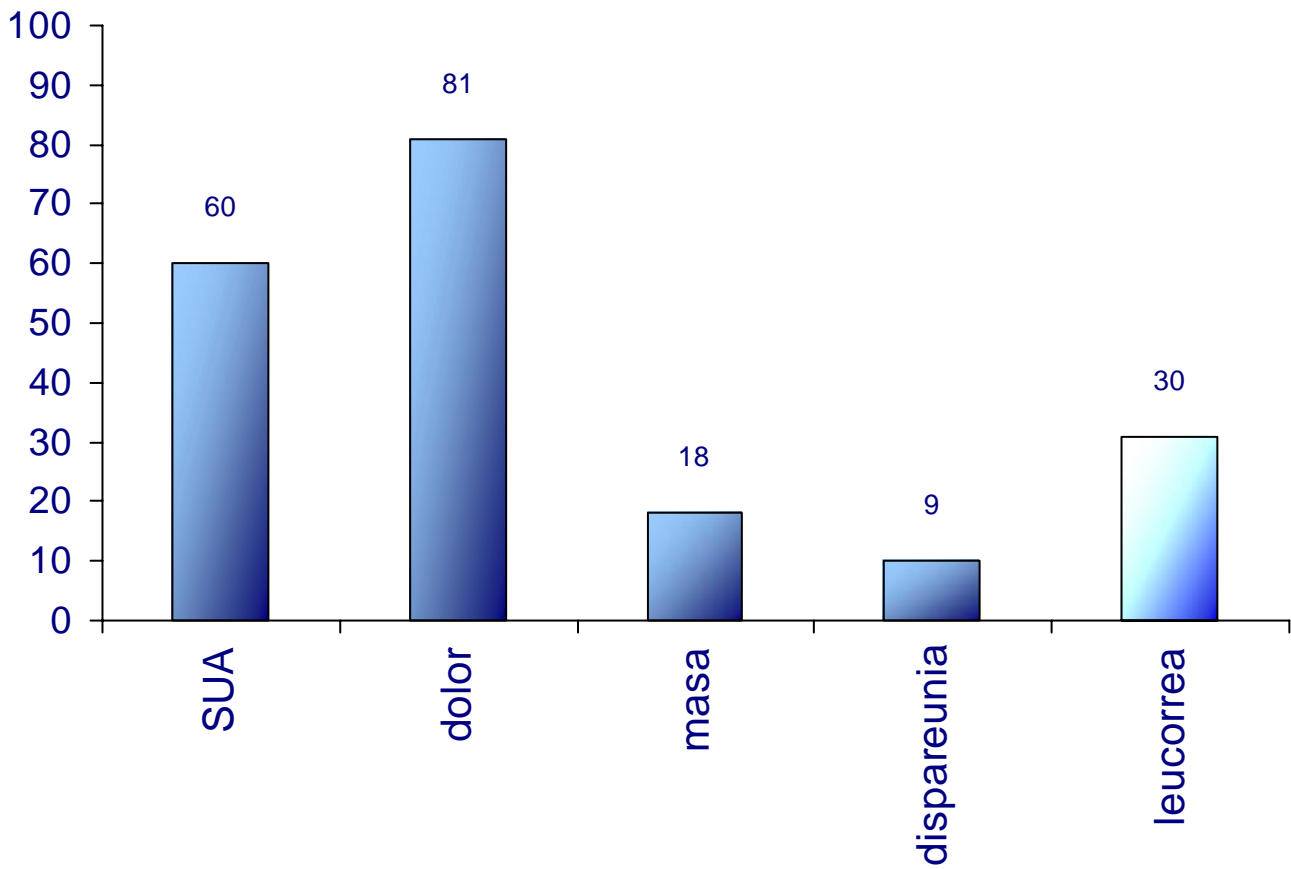
---

Fuente secundaria: Archivos del Departamento de Patología HEODRA.

---

Grafico 1

Síntomas clínicos de las pacientes con tumores de cuerpo uterino.  
Enero – Diciembre 2004. n = 144.

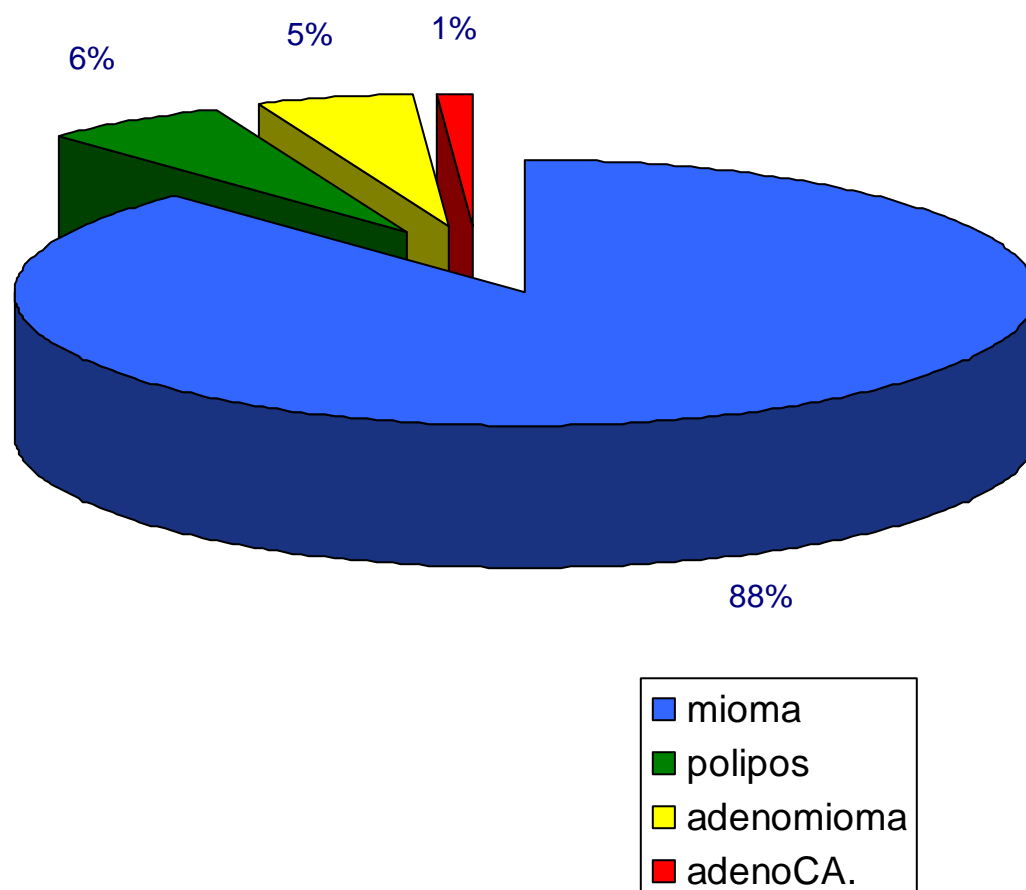


Fuente secundaria: Archivos del Departamento de Patología HEODRA.

---

Grafico 2

Diagnóstico histopatológico de los tumores de cuerpo uterino.  
Enero – Diciembre 2004. n = 144.



Fuente secundaria: Archivos del Departamento de Patología HEODRA.

---

---

**Cuadro 5**

Sangrado uterino anormal en relación con diagnósticos histopatológicos de tumores de cuerpo uterino. Enero – Diciembre 2004.  
n = 144.

<b>Diagnóstico Histopatológico</b>	<b>Sangrado Uterino Anormal</b>		<b>Total</b>
	<b>Si</b>	<b>No</b>	
Adenocarcinoma Endometrial	2	0	2
Adenomioma	7	0	7
Leiomioma	74	52	126
Pólipo Endometrial	4	5	9
<b>Total</b>	<b>144</b>		<b>144</b>

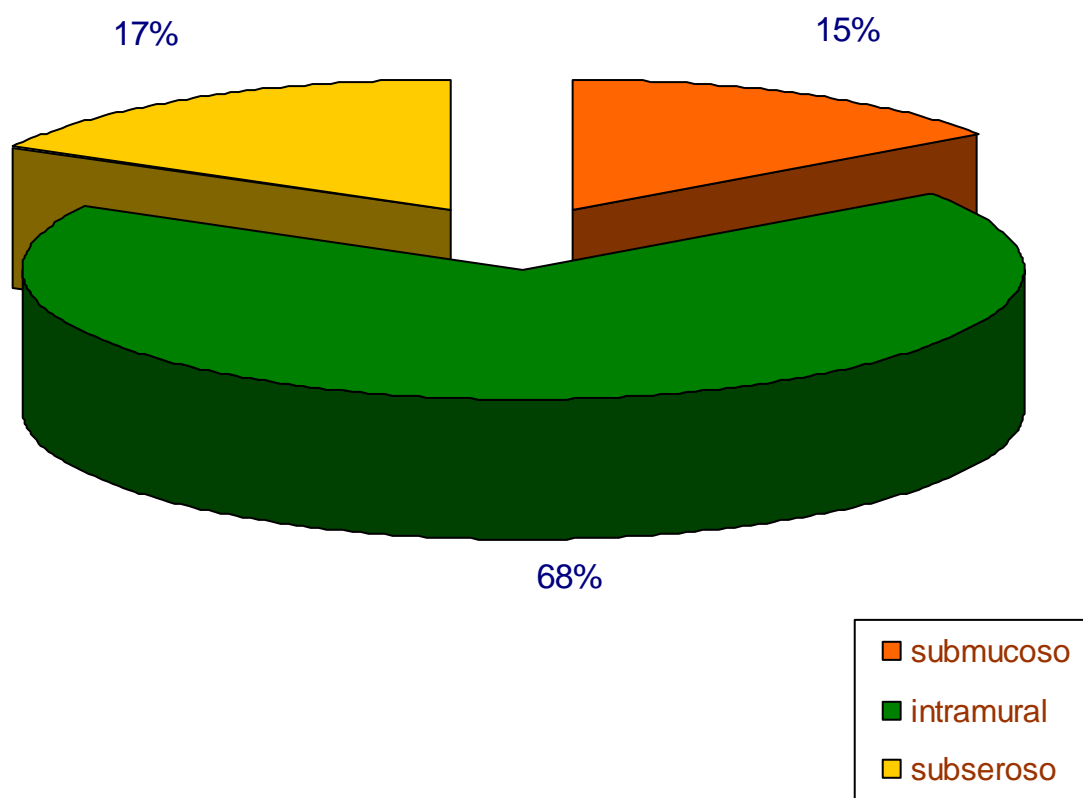
---

Fuente secundaria: Archivos del Departamento de Patología HEODRA.

---

Gráfico 3

Localización de los tumores benignos de cuerpo uterino. Enero-Diciembre 2004.  
n=142.



Fuente secundaria: Archivos del Departamento de Patología HEODRA.

---

---

### Cuadro 6

Dolor pélvico en relación a diagnósticos histopatológicos de tumores de cuerpo uterino. Enero – Diciembre 2004. n = 144.

Diagnóstico histopatológico	Dolor		Total
	Si	No	
Adenocarcinoma Endometrial	2	0	2
Adenomioma	4	3	7
Leiomioma	103	23	126
Pólipo endometrial	8	1	9
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>27</b>	<b>144</b>

---

Fuente secundaria: Archivos del Departamento de Patología HEODRA.

---

---

### Cuadro 7

Localización de los tumores benignos de cuerpo uterino en relación a los diagnósticos histopatológicos. Enero – Diciembre 2004. n = 144.

Diagnóstico histopatológico	Localización			Total
	Intramural	Submucoso	Subseroso	
Adenomioma	7	0	0	7
Leiomioma	90	12	24	126
Pólipo endometrial	0	9	0	9
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>144</b>

Fuente secundaria: Archivos del Departamento de Patología HEODRA.



---

---

**Cuadro 8**

Localización de los tumores malignos de cuerpo uterino.  
Enero – Diciembre 2004. n = 2.

<b>Diagnóstico histopatológico</b>	<b>Localización</b>		<b>Total</b>
	<b>Invasión mayor del 50%</b>	<b>Invasión menor del 50%</b>	
Adenocarcinoma Endometrial	0	2	2