MIOMATOSIS UTERINA Y ALTERACIONES ENDOMETRIALES Y OVARICAS

Dr. OSWALDO SANTOS

Maternidad Isidro Ayora, Quito

Desde algún tiempo atrás ha llamado la atención de los Ginecólogos, la relación entre el mioma uterino y los distintos órganos y sistemas que tienen que ver, o se los ha asociado con esta patología; existen trabajos relacionados con ovarios endometrio, mucosa vaginal, tiroides, suprarrenales, etc., estudios que nos están revelando el interés que ha despertado esta tumoración de aparición tan frecuente en la mujer, en el anhelo de dilucidar su génesis y repercusiones en el organismo femenino.

Conocido es por todos, que la etiopatogenia del mioma sigue siendo discutida, sin haberse aclarado aún este problema, habiendo un acuerdo general, en lo que a edad se refiere, que su presencia coincide con la madurez sexual, no existiendo prácticamente antes de la pubertad, y decreciendo después de la menopausia dando por consiguiente al mioma una época de aparición coincidente con la madurez sexual, o un poco después de ella.

Beclere y Calvo Marcos citan la existencia de persistencias foliculares y polimicroquistosis ováricas, en estos tumores.

Beclere anota que siempre existe un terreno hiperhormonal hipofisario y foliculínico en casos de mioma.

Para Botella Llusía, en la génesis del mioma intervienen factores genéticos y hormonales; de esta manera, los casos en que el mioma del útero se desarrolla con condiciones normales en el ovario, los atribuye a la existencia de una fuerte tendencia genética (equiparable a los factores llamados de determinación por Roux); en cambio los casos en que se encuentran un gran trastorno (hiperestrinismo) pueden producir miomas aún con tendencias genéticas muy reducidas; para él, se trataría de un juego recíproco entre ambas clases de factores.

Autores italianos como Goisis, Femizziy y Moracci, señalan la hiperac-

tividad de la corteza suprarrenal en casos de fibromioma.

Provezza examina la excreción urinaria de los 11 dexosicorticoides en 15 mujeres entre 30 a 35 años con fibromatosis uterina, la excreción urinaria era examinada antes y después de la administración de 70 a 100 mg. de ACTH. En todos los casos el título de corticoides urinarios muestra un incremento de más de tres veces el valor inicial. Cuanto mayor la dosis inyectada, mayor incremento; concluyendo que en el fibroma uterino existe una hiperfunción de la corteza suprarrenal.

Varangot señala la aparición de miomas después de la menopausia en enfermas con tumores de la granulosa.

Brocq en cambio, en la especie humana, no defiende la teoría estrogénica de los miomas, porque dice que las dosificaciones hormonales no son seguras, se encuentran muchos endometrios que no muestran signos de hiperfoliculinemia, y finalmente, hay pocas recidivas en las pacientes miomectomizadas.

Girardi y Rinoi atribuyen una influencia importante al tiroides, creyendo además en una insuficiencia hipofisaria, hipogenitalismo e hiposuprarrenalismo.

La disfunción tiroidea ha sido motivo de muchos trabajos, así Husslein encuentra un aumento de metabolismo en un 15% sobre lo normal, y cree que es debido a un hipertiroidismo consecutivo a la hiperfoliculinemia causante del fibroma.

Pende y Luisi piensan en una hiperactividad de gonadotropina luteinizante y hormona corticotropa que no estarían contrabalanceadas por las hormonas ováricas.

Girardi, estudiando radiológicamente la silla turca de las miomatosas, dice que hay tendencia a las medidas mínimas normales, de lo que deduce una insuficiencia hipofisaria en ellas.

La actividad sexual ha sido descrita por Foix, como una causa que influye en la miomatosis, así se presenta ésta con mayor frecuencia en la virgen que en la que mantiene vida sexual activa, y aún más en la que no ha tenido hijos que en la múltipara; afirmación que tiene su basamento en la embiología del aparato genital femenino que resumidamente dice: los genitoblastos embionarios dan origen al aparato genital, en la masa de los órganos genitales existen multitud de ellos que en cualquier momento, en forma patológica, y según su localización, pueden dar lugar a una endometriosis, un útero doble, y si lo que crece es sólo el músculo, se originará un mioma; estos genitoblastos se agotan a través de los sucesivos embarazos.

Autores rusos no encuentran relación entre mioma e hiperestrogenismo, ellos creen que las hemorragias de este tumor se deben a causas locales no endócrinas.

De Laurentisy Forleo, han estudiado con detenimiento los cuerpos lúteos de las miomatosas, llegando a la conclusión de que no son normales, presentan una

degeneración precoz de la capa granuloso-luteínica, y una tendencia a la formación de cuerpos lúteos quísticos, es decir de quistes teca-luteínicos que más bien son productores de estrógenos y no de progesterona.

Lipschutz y De Wartteville han conseguido miomas en animales experimentales, por la inyección continuada de estrógenos, si a esto se añade la frecuencia con que el mioma coincide con tumores funcionantes del ovario, parece que hay evidencia de la relación entre estrógenos y miomogénesis uterina.

Por fin existen estudios de miomatosis uterina y adenocarcinoma de endometrio, que para unos sería teniendo como base un hiperestrogenismo crónico por tumores funcionantes del ovario, y para otros como fase final de hiperplasias severas de endometrio, por respuestas descompasadas de ésta a niveles estrogénicos normales.

MATERIAL Y METODO

El estudio que he realizado abarca 120 casos tomados del Servicio de Ginecología del Hospital "Eugenio Espejo", y de mi consulta privada; habiendo tenido el buen cuidado de seleccionar solo los que ha estado completos, es decir ha sido posible obtener los datos importantes en el interrogatorio, biopsia o microlegrado de endometrio, protocolo operatorio minucioso, y reporte histopatológico íntegro de todo el material obtenido en el acto quirúrgico.

Los datos de edad, paridad, sintomatología de ingreso, han sido consignados y descritos en los cuadros correspondientes, para tener una idea concreta de lo que pasa en nuestro medio en relación con estos factores, que entre nosotros no se ha hecho, o por lo menos no han sido dados a conocer.

I
EDAD

II
PARIDAD

		Casos	%			Casos	%
Menos de 40 años		35	29,1	Virgen		12	10
De 41 a 50	,,	66	55,1	Nulípara		39	32,5
Más de 51	,,	19	15,8	Múltipara		69	57,5

Al mayor número de pacientes se les ha practicado el microlegrado de endometrio en la primera mitad de la tercera semana del ciclo, es decir 22° o 24° día, por considerar esa fecha más apro-

piada para una evaluación de alteración endometrial, biopsia sola en pocos casos, y en algunas se ha prescindido de esta exploración por tratarse de mujeres vírgenes; en los casos de metrorra-

gias continuas, sin fecha de ciclo, el microlegrado se ha realizado en cuanto la enferma ha venido a nuestro cuidado. Siempre la exploración y estudio histológico endometrial se ha hecho preoperatorio, dejando su estudio en conjunto con la pieza extraída, sólo en los casos de vírgenes.

La intervención quirúrgica ha sido siempre la histerectomía total, casi

siempre por vía abdominal, dejando la vía vaginal para los casos de histeroceles concomitantes; resección parcial bilateral de ovarios u ooforectomía uni o bilateral (si el caso así lo ha requerido) se ha hecho rutinariamente.

El útero, y porciones u ovarios íntegros, se han enviado acompañados de los mayores datos posibles para información amplia del histopatólogo.

III
SINTOMATOLOGIA

	Casos	% (de 120)
Tumor	48	40
Metrorragia profusa	44	36,6
Metrorragia leve	16	13,3
Hipermenorrea	10	8,3
Polimenorrea	4	3,3
Dolor	56	46,6
Asintomático	8	6,6

IV
ENDOMETRIO

V
TIPO DE MIOMA

	Casos	%		Casos	%
Hiperplasia avanzada	4	3,3	Subseroso	8	6,6
Hiperplasia mediana	4	3,3	Intramural	60	50
Hiperplasia leve	8	6,6	Submucoso	20	16,6
Proliferativo persistente	40	33,3	Múltiple	32	26,6
Hipotrófico	6	5			
Atrófico	22	18,3			
Secretor	36	30			

Curva de citología vaginal hormonal, no ha sido posible realizarla sistemáticamente, por razones de orden económico, de tiempo, o de urgencia en solucionar el problema hemorrágico, por lo

cual esta exploración no consta en este trabajo.

Test de Papanicolaou tumoral se ha hecho en todos los casos.

VI
OVARIO

	Casos	%
Con cuerpo amarillo	52	43,3
Sin cuerpo amarillo	4	3,3
Poliquístico	40	33,3
Atrófico	12	10
T. no funcionante	4	3,3
Anexítico	8	6,6

RESULTADOS

En el cuadro I, el número de casos que se presentaron en mayor proporción fue de 66, con un porcentaje de 55,1 que corresponden a la edad de 41 a 50 años como la más frecuente para la aparición de este *blastoma*, cifras que guardan concordancia con la mayor parte de investigaciones al respecto.

Del examen del cuadro II se concluye que las multíparas ocupan el primer lugar con 69 casos, que arrojan el 57,5% del total, dato este muy interesante que no está de acuerdo con otros estudios que dan un promedio bastante importante anulíparas o vírgenes.

Dentro de la sintomatología que presentó la enferma, y que se analiza en el cuadro III, vemos que el dolor casi siempre leve y soportable, fue el primer motivo de queja, 56 casos con el 46,6% a veces solo, y la mayor parte asociado a los otros síntomas que le siguen en importancia, tumor y metrorragia de cantidad mediana.

El cuadro IV concluye que los estados proliferativos permanentes del endometrio son los que ocupan el primer lugar, con 40 casos y 33%; siguiéndole muy de cerca el endometrio secretor normal.

El cuadro V es revelador de una incidencia predominante de mioma intramural, 60 casos, 50%, siguiéndole en segundo lugar la miomatosis múltiple que en ocasiones además se asoció con pólipos endometriales y endocervicales.

Del análisis del cuadro VI tenemos que la presencia de cuerpo amarillo, 52 casos, 43,3% ocupó el primer lugar, presentándose en el segundo, los ovarios poliquísticos, que muchas veces simultáneamente tuvieron cuerpos amarillos o corpus albicans.

CONCLUSIONES

1.—Este trabajo nos ha revelado, que en lo que a mioma-ovario y endometrio se refiere, existe concordancia en algunos aspectos y discordancia en otros, en relación a investigaciones hechas por ginecólogos extranjeros.

2.—Esta tumoración tiene indudable predilección por aparecer en la premenopausia, sin excluir absolutamente otras edades; confundándose a veces sus síntomas con los que pueden aparecer en esta época de la vida de la mujer, alteraciones disfuncionales que se traducen por trastornos menstruales de diverso tipo, sobre todo metrorrágico, las condiciones socio-económicas, culturales o de otra índole, no juegan un papel preponderante en el desarrollo de este blastoma.

3.—La multiparidad no es una defensa u obstáculo para la presentación del mioma, que como hemos visto en este estudio ocupó el primer lugar, concluyendo que este tumor no es patrimonio exclusivo de vírgenes o nulíparas.

4.—Las características de la metrorragia no se ajustan exactamente al tipo de tumor y su localización como clásicamente se describe, sino que posiblemente los trastornos tróficos o inflamatorios que el tumor produce en el sitio de su implantación, hace que la enferma tenga hemorragia continua o esporádica, y en mayor o menor cantidad.

5.—El dolor no es consecuencia imprescindible de la presencia del blastoma, teniendo una gama muy amplia de modalidades, de acuerdo en primer lugar al grado de cultura o desarrollo psico-intelectual de la enferma, y en segundo lugar a las complicaciones sobre todo de tipo inflamatorio o adherencial que se pueden producir.

6.—Los estados proliferativos persistentes de endometrio son los más frecuentes en nuestra casuística, lo que nos lleva a concluir que el mioma en ciertos casos, sí tiene un fondo de hiperestrogenismo leve, no habiéndose encontrado un número digno de tomarse en cuenta de endometrios hiperplásicos de distinta gradación, que revelen hiperestrogenismos importantes, habida cuenta que la capacidad de recepción del endometrio a los estrógenos endógenos o exógenos es tan variable (nivel enzimático local?) que en ocasiones

con tasas bajas de esta hormona, puede haber hiperplasia de consideración, y al contrario con altas, tan solo estados proliferativos persistentes; en consecuencia para nosotros habría tan solo una inclinación leve a estados estrogénicos encima de lo normal, lo cual se corrobora al ver que el endometrio secretor bifásico, fértil, se presentó en el segundo lugar con un porcentaje muy poco distante del proliferativo persistente.

7.—La presencia del cuerpo amarillo en el mayor número de los ovarios examinados, nos está diciendo claramente que la mujer miomatosa no es francamente estéril o infértil, dato que guarda relación con la multiparidad alta de nuestras pacientes, y sus endometrios secretores.

8.—La poliquistosis ovárica tuvo un porcentaje importante, siendo la causa del hallazgo endometrial de proliferación persistente, que desde luego no fue definitivo para impedir gestaciones normales.

En definitiva, el mioma uterino, al igual que cualquiera otra patología, puede aparecer en las mujeres en distintas circunstancias y condiciones, siendo mi apreciación que la transformación de la fibra muscular lisa del miometrio normal en tumor o tejido fibroso, podría ser producto de un envejecimiento, con componente de hiperestrogenismo moderado en ciertos casos, y siempre contando con una tendencia genética innegable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 J. BOTELLA LLUSIA. Enfermedades del Aparato Genital Femenino. Edición 1954.
- 2 J. BOTELLA LLUSIA. Endocrinología de la mujer. Edición 1956.
- 3 BECLERE CLAUDE. Diagnostic Hormonal et Traitements Hormonaux en Gynecologie 2ª Edición París 1949.
- 4 BECLERE CLAUDE y SIMONNET H. Acta Ginecológica 1.265. 1950.
- 5 BOUDET C. Gynecologie et Obst. 47. 718. 1948.
- 6 BOUDET C. Soc. Franc. de Gynec. et Obst. 18. 230. 1948.
- 7 PUNDEL J. P. Les frotis vaginaux et cervicaux. Pags. 132. 3ª Edición 1950.
- 8 J. BOTELLA LL. y CALVO MARCOS M. Revista Española de Obstetricia y Ginecología 2. 78. 1945.
- 9 PUNDEL J. P. Acquisitions recents en Cytologie Vaginales Hormonale 1957.
- 10 GRINBERG R. y PERCINA E. Prensa Médica Argentina 39 2.353 1952.
- 11 MORACCI E. Riv. Ost. e Gynec. 7 430. 1952.
- 12 WATTEVILLE H. De. J. Clin. Endocr. 11 125 1951.
- 13 DUCUING J. Le Fibromyome Uterin, Masson et Cie París 1946.
- 14 AHUMADA JUAN. Tratado Elemental de Ginecología. Buenos Aires 1952.
- 15 CALATRONI C. y RUIZ V. Terapéutica Ginecológica. Buenos Aires 1954.
- 16 AGUILAR O. ANGEL. Revista Acta Ginecológica. Madrid VII 1969.

COMENTARIO

Dr. ALFREDO JIJON

He revisado el trabajo que sobre **MIOMATOSIS UTERINA EN RELACION CON ALTERACIONES EN ENDOMETRIO Y OVARIO**, ha presentado el Sr. Dr. Oswaldo Santos con el objeto de ser escuchado en la Academia de Medicina. Como es de rigor en estos casos tengo a bien presentar los siguientes comentarios:

1 El trabajo se refiere a un tema que es muy importante pues constituye por su incidencia, un alto porcentaje de la consulta ginecológica tanto en la consulta privada como en la consulta de hospital.

2 Son ciento veinte casos de experiencia personal del autor recogidos en la práctica hospitalaria y en su clientela privada. Hubiese sido interesante conocer el porcentaje de los unos y los otros pues algunos autores mencionan la mayor incidencia en el tipo social medio o alto que atiende la consulta privada, que en el medio hospitalario de paciente de escasos recursos económicos.

3 Coincide el autor sobre la imposibilidad de asignar una etiología clara a la fibromatosis uterina y menciona la

posibilidad de una razón genética. Es necesario recalcar en la importancia de este factor ya que se han observado familias en las cuales se encuentra el fibromioma en varias personas de la misma generación o de generaciones distintas. Hay ciertas razas, como la negra, donde la incidencia es mayor y la velocidad de crecimiento más alta que en otras razas.

Cree el autor y en esto está de acuerdo con la mayoría de los investigadores, que existe una relación entre la existencia del fibromioma y el hiperestrogenismo, sin embargo encuentra en el corte histológico de los ovarios presencia de cuerpo amarillo en un 43% de los casos, lo cual estaría acusando una función normal de la gonada.

Hay un consenso general de que el fibromioma está relacionado con niveles altos de estrógenos y de allí la relación directa entre fibromiomas sintomáticos después de la menopausia en casos de hiperestrogenismo, así como también la concomitancia, alrededor del 3%, con adenocarcinoma del endometrio. En la casuística del Dr. Santos no se ha encontrado esta asociación.

Debido al hecho de que puede coexistir cáncer del cuello con fibromiomas, aunque en un porcentaje muy pequeño, creemos que en lo posible se debe hacer biopsia del cuello previa a la histerectomía en todo caso de fibromioma. Y aquí quisiera hacer una observación al Dr. Santos quien dice en su trabajo que no se ha hecho biopsia de endometrio en ciertas pacientes por ser vírgenes. Creemos que en estos pacientes el examen es imperioso haciéndolo bajo anestesia general, pues es necesario visualizar el cuello antes de decidir el tipo de cirugía.

4 Sintomatología. En el trabajo que comentamos el dolor ha sido el signo principal y en ello nuestra experiencia es diversa pues hemos visto menorragias y/o menometrorragias como el primer signo.

5 El autor encuentra hiperplasia del endometrio en la gran mayoría de los estudios histológicos hechos, pero da una clasificación de avanzada, mediana y leve, cuyas características merecen una explicación más detallada.

6 Estoy convencido que el trabajo presentado por el Dr. Santos es un aporte interesante al conocimiento de las relaciones hormonales, tanto a nivel de factores liberadores de las gonadotrofinas hipofisarias, como de las hormonas ováricas y sus consecuencias en los órganos efectores. Ahora que ya contamos con laboratorios hormonales en Quito, sería muy interesante promover el estudio de dosificaciones de F.S.H., L.H., estrógenos, progesterona en pasos de patología uterina donde se sospeche fibromiomatosis.