

# SARCOMA UTERINO EN EL HOSPITAL BASE DE VALDIVIA (HBV), JULIO 1991- JUNIO 2006. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y SOBREVIDA

Yacsich M Matías, Fonfach Z Carlos, Valenzuela S Paula, Jans B Jaime.  
Dr. Claudio Missarelli Poggi, Servicio Oncología Hospital Base Valdivia.

**Uterine sarcoma disease at the “Hospital Base” in Valdivia (HBV), July 1991 to June 2006. Clinical symptoms, treatment and survival rate.**

**Aim:** To analyse the clinical and histopathological characteristics of this disease, its treatment and survival rate in patients who suffer uterine sarcoma at the “Hospital Regional” in Valdivia, which abbreviation in Spanish is (HRV), during the last 15 years.

**Material and Methods:** The data were obtained from the cancer notification report, biopsy reports and clinical records from the HRV. The data were analyzed in the Microsoft Office Excel 2003 Program. **Results:** 31 cases of uterine sarcoma were identified; but only 23 clinical records were available. The diagnostic average age was 60 years old. The 71 percent of the patients consulted due to a genital bleeding. The 56 percent of the cases were malignant mesodermal mixed tumours; the 24 percent were leiomyosarcomas. The

most common treatment was the surgery combined with chemotherapy. The overall survival rate up to 5 years was 15 percent.

**Conclusion:** Similar to previous articles, the overall survival rate was poor in all stages. The differences of survival among different stages are not significant due to the small size of the population studied.

**Key words:** Sarcoma; Uterine neoplasms.

## INTRODUCCIÓN

Los sarcomas uterinos son tumores de origen mesodérmico de baja frecuencia, representan menos del 3% de todos los cánceres del tracto genital femenino (1) y constituyen alrededor de 2 a 6% de todas las lesiones malignas del útero (2). Aunque se originan en el útero al igual que el carcinoma endometrial su comportamiento biológico y pronóstico son completamente diferentes. Estas lesiones están entre las neoplasias ginecológicas más agresivas, tienen un pronóstico pobre con una supervivencia global en general menor del 50% a 2 años, incluso en etapas tempranas de la enfermedad (3,4,5). Su etiología es desconocida (6). Un factor fuertemente asociado a una mayor incidencia es la radioterapia pélvica, calculándose un riesgo relativo de desarrollar sarcoma uterino luego de haber sido sometido a radioterapia

pelviana, de 5.4% a los 10 a 20 años (7). La clasificación histológica más ampliamente aceptada corresponde a la descrita por la Sociedad Internacional de Patólogos Ginecológicos y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (8) (fig. 1) que se basa en el tipo de tejidos tumorales diferenciados reconocibles y en la composición del tejido por uno (puro) o más de un tipo celular (mixto).

**Figura 1.**

<b>Clasificación de sarcomas uterinos (ISGYP - MOS)</b>
<b>I. Neoplasias no epiteliales</b>
A. Tumores del estroma endometrial
B. Tumores de músculo liso con potencial maligno incierto
C. Leiomiosarcoma
D. Tumores mixtos del estroma endometrial y músculo liso
E. Sarcomas endometriales pobremente indiferenciados.
F. Otros tumores de partes blandas
<b>II. Tumores mixtos Epiteliales - No epiteliales</b>
A. Adenosarcoma
B. Carcinosarcoma (Tumor mixto mesodermal maligno o Tumor mixto Mülleriano maligno)
C. Carcinofibroma

Los tipos histológicos más frecuentes son: tumores mesodérmicos mixtos, leiomiosarcomas y los sarcomas del estroma endometrial (9). La histología sin embargo no tiene gran relevancia del punto de vista clínico. Afecta a mujeres peri y postmenopausicas. Actualmente no existe un tratamiento estandarizado, éste se basa en revisiones retrospectivas de pequeñas series, lo que hace que el manejo no sea, probablemente, el mejor.

## OBJETIVO

El propósito de este estudio fue revisar las características clínico-patológicas, tratamiento y

sobrevida de la población portadora de sarcoma uterino en el HBV, entre julio de 1991 y junio de 2006.

## MATERIALES Y MÉTODO

Se obtuvo de la nómina de cáncer del Servicio de Salud Valdivia 31 casos con diagnóstico de sarcoma uterino entre julio de 1991 y junio de 2006. Luego se revisaron los informes de biopsia de estos casos y fichas clínicas para caracterizar la población en cuanto a edad, motivo de consulta, tipo, grado y estadio histológico, tratamiento quirúrgico y complementario y la sobrevida a 5 años.

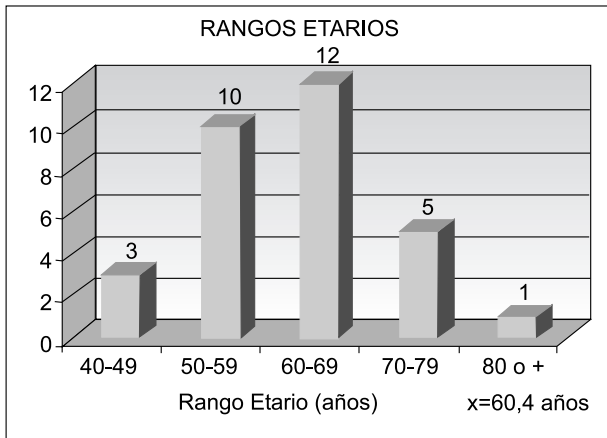
Los datos obtenidos fueron tabulados y analizados en una planilla Microsoft Office Excel 2003.

## RESULTADOS

Se identificaron 31 casos de pacientes portadores de sarcoma uterino entre julio de 1991 y junio de 2006, en 23 de ellos se ubicaron las fichas clínicas desde las cuales obtuvimos los siguientes resultados. La edad promedio al momento del diagnóstico fue 60 años, con un rango entre 42 y 80 años para todos los tipos histológicos, siendo el promedio de 55 años para leiomiosarcoma, 52 años para sarcoma estromal endometrial y 64 años para adenosarcoma y carcinosarcoma, cifras muy similares a las reportadas por la literatura (6). Un 71 % de las pacientes al momento del diagnóstico tenían entre 50 y 69 años de edad (Fig. 2).

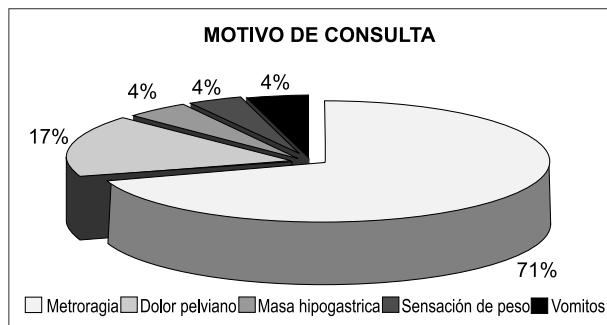
La paridad promedio fue 3, existiendo 5 pacientes nulíparas y una gran múltipara de 15.

**Figura 2.**



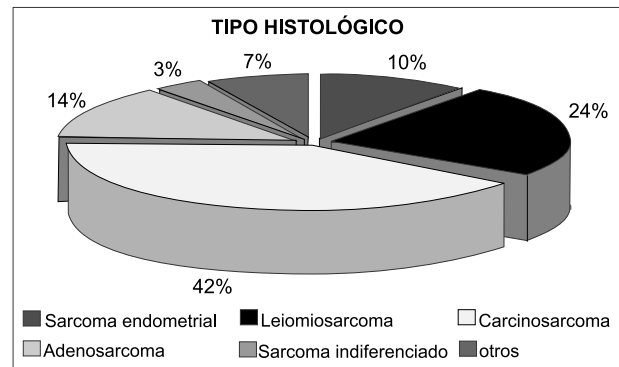
Respecto estado reproductivo, un 35% fueron premenopausicas y , un 65% eran menopausicas. En cuanto al motivo de consulta un 71% de las pacientes consultó por metrorragia, un 17% consultó por dolor pelviano siendo esto los motivos de consulta más frecuentes (fig.3).

**Figura 3.**



Según la clasificación de sarcomas uterinos (ISGYP – OMS) (fig.1). Un 56% de los pacientes presentaron tumores mesodérmicos mixtos (carcinosarcoma o adenosarcoma), series internacionales han publicado una distribución entre 29 y 66 % para éstos. Un cuarto de los pacientes presentaron leiomiomas, para los que en las series internacionales fluctúan entre 13 y 51%. (4,5,10,11,12,13,14,15,16) (fig. 4). (estaría mejor en la discusión)

**Figura 4.**



En cuanto al grado de diferenciación se logró obtener la información sólo en 14 casos dentro de las cuales 9 casos correspondieron a grado 3, 5 casos a grado 2 y ningún caso grado 1.

Al etapificar los tumores la distribución según estadio fue homogénea (fig. 5).

**Figura 5.**

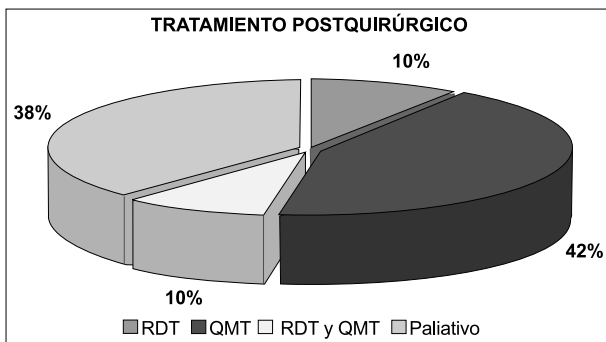
Etapificación	Nº Pacientes
I	7
II	5
III	6
IV	5

Posterior a la cirugía el tratamiento complementario más utilizado fue la quimioterapia en un 42% de los casos, en segundo lugar lo más utilizado fueron cuidados paliativos en un 38%, radioterapia se utilizó en un 10% y radioterapia y quimioterapia 10%. (fig. 6)

Se analizó la sobrevida a 5 años en los casos que ocurrieron entre los años 1992 y 2001 (13 casos) (fig. 7 y 8). La sobrevida promedio fue de 2 años 93 días, con un rango entre 36 días y 14 años 195 días. De los 13 casos sólo 2 sobrepasaron los 5 años de sobrevida (15%), ambas se encuentran vivas aún.

Estos casos corresponden a pacientes en estadios I y III, ambas fueron las únicas que recibieron como tratamiento un esquema con cirugía más quimioterapia y radioterapia, resultando en una sobrevida prolongada (100% a 5 años) (fig. 7 y 8). (además repetirlo en discusión)

**Figura 6.**



**Figura 7.**

Estadio	Sobrevida a 5 años
I	20% (1/5)
II	0% (0/2)
III	33% (1/3)
IV	0% (0/3)

**Figura 8.**

Tratamiento	Sobrevida a 5 años
Cirugía	0% (0/6)
Cirugía + QMT	0% (0/3)
Cirugía + RDT	0% (0/2)
Cirugía+ QMT + RDT	100% (2/2)

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en cuanto a la edad, forma clínica de presentación y distribución según

diagnóstico histológico son similares a lo publicado por otras series en la literatura.

No existe un criterio uniforme en cuanto al tratamiento complementario del sarcoma uterino, se requieren mayores estudios al respecto.

La sobrevida obtenida fue menor a la publicada en otras series internacionales (4,5,12,14,16) pero es imposible concluir algo por el tamaño muestral. El mejor resultado en cuanto a sobrevida se obtuvo con el tratamiento combinado de cirugía, quimioterapia y radioterapia, este esquema aplicado en 2 de las pacientes logró una sobrevida prolongada, incluso con una de estas pacientes en estadio III, sin embargo tales diferencias no son significativas por el pequeño tamaño de la población estudiada.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las características clínico-patológicas, tratamiento y sobrevida de la población portadora de sarcoma uterino en el Hospital Base Valdivia (HBV), durante los últimos 15 años.

**Materiales y método:** Se obtuvieron los datos de la nómina de cáncer, informes de biopsia y fichas clínicas, y se analizaron en Microsoft Office Excel 2003. **Resultados:** Se identificaron 31 casos recuperándose las fichas clínicas en 23 de estos.

La edad promedio al diagnóstico fue 60 años. El 56% fueron tumores mesodérmicos mixtos y 24% leiomiomas. El tratamiento más utilizado fue cirugía más quimioterapia. La sobrevida global a 5 años fue de 15%. **Conclusiones:** En concordancia a lo ya publicado, la sobrevida global en todas los estadios fue pobre. Las diferencias de sobrevida según estadio y tratamiento no son significativas debido al pequeño tamaño de la población estudiada.

**Palabras claves:** Sarcoma, neoplasias uterina.

## REFERENCIAS

1. Olah KS, Gree H, Blunt S et al. Retrospective analysis of 318 cases of uterine sarcoma. *Eur J Cancer* 1991; 27: 1095-1099.
2. Harlow BL, Weiss NS, Lofton S. The epidemiology of sarcomas of the uterus. *SNCI* 1986; 76: 399-402.
3. Marchese MJ, Liskow AS, Crum CP, McCaffrey RM, Frick HC. Uterine Sarcomas: A clinicopathologic study, 1965-1981. *Gynecol Oncol* 1984; 18: 299-312.
4. Tinkler SD, Cowie VJ. Uterine Sarcoma: a review of the Edinburgh experience from 1974 to 1992. *Br J Radiology* 1993; 66: 998-1001.
5. Olah KS, Dunn JA, Gee H. Leiomyosarcomas have a poorer prognosis than mixed mesodermal tumours when adjusting for known prognostic factors: The results of a retrospective study of 423 cases of uterine sarcomas. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 590-594.
6. Yazigi R, Contreras L. Sarcomas uterinos. En: Pérez Sánchez A. *Ginecología 3º ed.* Santiago, Chile: Editorial mediterráneo, 2003.
7. Czesnin K, Wronkowski Z. Second Malignancies of the irradiated area in patients treated for uterine cervix cancer. *Gynecol Oncol* 1978; 6: 309-15.
8. Silverberg SG, Kurman RS. Atlas of tumor pathology, Third Series, Tumor of The Uterine Corpus and Gestational Trophoblastic Disease. AFIP 1992.
9. Lurain JR. Cáncer uterino. En: *Ginecología de Novak 12º ed.* México DF, México: Editorial McGraw Hill Interamericana, 1997.
10. Major FJ, Blessing JA, Silverberg SG, Morrow P, Creasman W, Currie J et al. Prognostic Factors in Early-Stage Uterine Sarcoma. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer* 1993; 71: 1702-09.
11. Salazar O, Bonfiglio T, Patten S, Keller B, Feldstein M, Dunne M et al. Uterine Sarcomas. Natural History, Treatment and Prognosis. *Cancer* 1978; 42: 1152-60.
12. Salazar O, Bonfiglio T, Patten S, Sélér B, Feldstein M, Dunne M et al. Uterine Sarcomas. Análisis of failures with special emphasis on the use of adjuvant radiation therapy. *Cancer* 1978; 42: 1161-70.
13. Livi L, Paiar F, Shah N, Blake P, Villanucci A, Amunni G. Uterine Sarcoma: Twenty-seven years of experience. *Int J Rad Oncol Biol Phys* 2003; 57(5): 1366-73.
14. Knocke T, Kucera H, Dorfler D, Pokrajac B, Potter R. Results of postoperative radiotherapy in the treatment of the sarcoma of the corpus uteri. *Cancer* 1998; 83: 1972-79.
15. Chauveinc L, Deniaud E, Plancher C, Sastre X, Amsani F. Uterine Sarcomas: The Curie Institut Experience. Prognosis factors and adjuvant treatments. *Gynecol Oncol* 1999; 72: 232-37.
16. Ferrer F, Sabater S, Farrus B, Guedea F, Roviroso A, Anglada LL. Impact of radiotherapy on local control and survival in uterine sarcomas: A retrospective study from The Grup Oncologic CATALA-OCCITA. *Int J Rad Oncol Biol Phys* 1999; 44(1): 47-52.