

LEIOMIOSARCOMA MIXOIDE. REPORTE DE CASO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MARIANA DE JESÚS DE GUAYAQUIL

MYXOID LEIOMYOSARCOMA. SURGICAL DEPARTMENT OF SPECIALTY HOSPITAL "MARIANA DE JESÚS"

LEIOMIOSARCOMA MIXOIDE ÁREA DE CIRURGIA DO HOSPITAL ESPECIALIZADO MARIANA DE JESS

ERNESTO ROMERO VELASCO, EDDIE PÉREZ ARÉVALO, LIZ ARIAS GAIBOR

Hospital de Especialidades Mariana de Jesús; Guayaquil, Ecuador

Resumen

Los Leiomiomas son tumores benignos compuestos principalmente por células musculares lisas, pero con cantidad variable de tejido conectivo fibroso. Son las neoplasias más habituales del tracto genital femenino, estando presentes en 77 % de las piezas de histerectomías realizadas por cualquier indicación. Además de los Leiomiomas uterinos usuales y los leiomiomas, existe un grupo de tumores intermedios o borderline. Paciente femenina de 55 años, consulta por presentar sangrado transvaginal moderado con dolor abdominal. A la palpación bimanual se detecta masa tumoral, aproximadamente de 20 cm. de alto. Por ultrasonido se observa gran tumoración abdomino pélvica mixta de origen uterino que mide 26.4 cm x 18.5 cm compatible con útero fibromiomas. Se realiza laparotomía exploradora donde se observa gran tumoración abdómino-pélvica de origen uterino de 34 x25x15cm que involucra tejidos adyacentes en especial colon transverso adherido a cara anterior de útero por mioma gigante degenerado, por lo que se realiza histerectomía abdominal total y salpingo orectomía bilateral.

PALABRAS CLAVE: cáncer, útero, leiomioma, histerectomía, atípico.

Abstract

Leiomyomas are benign tumors composed mainly of smooth muscle cells, but with variable amounts of fibrous connective tissue. They are the most common malignancy of the female genital tract, being present in 77% of the parts of hysterectomies performed for any indication. Besides the usual uterine leiomyomas and leiomyosarcomas, there is a group of intermediate or borderline tumors. Female patient aged 55, consulted for moderate vaginal bleeding with abdominal pain. On palpation palpable tumor mass with tenderness, the bimanual tumor mass of about 20 cm is palpable. For large abdominal tumor pelvic ultrasound uterine mixed origin that measures 26.4 cm x 18.5 cm Fibromiomas support Uterus is observed. Laparotomy Explorer is performed where a large abdominal pelvic tumor of uterine origin of 34 x25x15cm involving adjacent tissues especially transverse Colon joined anterior giant fibroid uterus degenerate observed, so total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo orectomia is performed.

KEYWORDS: neoplasms, uterus, leiomyoma, hysterectomy, atypical.

Resumo

Os leiomiomas são tumores benignos compostos principalmente de células musculares lisas, mas com uma quantidade variável de tecido conjuntivo fibroso. São as neoplasias mais comuns do trato genital feminino, estando presentes em 77% das peças de histerectomia realizadas por qualquer indicação. Além dos leiomiomas e leiomiomas uterinos usuais, há um grupo de tumores intermediários ou limitrofes. Paciente do sexo feminino, 55 anos, com queixa de sangramento transvaginal moderado com dor abdominal. À palpação, era palpável uma massa tumoral, com dor à palpação e ao toque bimanual, uma massa de aproximadamente 20 cm era palpada. A ultra-sonografia mostrou um grande tumor abdominal pélvico misto de origem uterina, medindo 26,4 cm x 18,5 cm, compatível com o útero Fibromiomas. Laparotomia é realizado onde grande tumor cervical abdomino-pélvica fonte 34 x25x15cm envolvendo tecidos adjacentes especialmente colon transverso juntou anterior útero mioma degenerada gigante observado, fazendo histerectomia total abdominal e salpingo orectomia bilateral é realizada.

PALABRAS-CHAVE: útero, neoplasia, leiomioma, histerectomia, atípico.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de útero pueden originarse en la cavidad uterina (endometrio), en la capa muscular lisa (miometrio), o en la capa del tejido conectivo (estroma)¹. Las variantes histológicas más comunes del sarcoma uterino son:² sarcoma estromal endometrial (SEE), leiomiosarcoma y tumor mulleriano mixto maligno (TMMM) de tipo homólogo o heterólogo.

Dentro de las características clínicas se considera que la edad promedio de presentación oscila entre 50 a 55 años. La presentación clínica no es específica pero la mayoría de las pacientes reportan rápido crecimiento abdominopélvico, promedio de 6 meses acompañado de sangrado transvaginal anormal asociado a dolor pélvico.

En su gran mayoría son intramurales, se presentan como masas solitarias 50 a 75 %; la superficie del corte se muestra de aspecto gris amarillenta o rosada a menudo con áreas de necrosis y hemorragia.

El leiomioma mixoide es una neoplasia gelatinosa; es un subtipo de leiomioma y simulan malignidad en uno o más aspectos. Representan el 63% de todos los tipos de degeneración.⁴

Se identifican macroscópicamente, se caracterizan por alcanzar un gran tamaño de características blanda y translúcida, por una apariencia gelatinosa y bordes aparentemente circunscritos.⁷

Microscopicamente tienen abundante material mixoide amorfo entre las células de músculo liso. En la mayoría los márgenes son circunscritos y no se observa atipia citológica ni mitosis, aunque en los grandes tumores de músculo liso tipo mixoide, se pueden observar márgenes infiltrantes, atipia citológica y actividad mitótica.⁷

Es de suma importancia la valoración de la atipia citológica y su índice mitótico, para descartar un potencial maligno.² Estos tumores se tratan con más precaución por su comportamiento agresivo en ausencia de actividad mitótica elevada o necrosis y casi siempre tienen un comportamiento invasivo evidente, incluso a simple vista.¹ El patrón de diseminación del tumor es hacia el miometrio, los vasos sanguíneos y los linfáticos pélvicos.²

El pronóstico para los leiomiosarcomas uterinos es malo por la propensión a la diseminación hematológica. La tasa de supervivencia es de cinco años aproximadamente en el 35% de casos.³

CASO CLÍNICO

Paciente 55 años. G:02 P:00 C:02. FUM: menopausia 5 años. APP: HTA. Consulta por presentar sangrado transvaginal moderado con dolor abdominal. A la palpación bimanual se detecta masa tumoral de 20 cm aproximadamente acompañada de dolor.

Ecografía: se observa gran tumoración abdomino pélvica mixta de origen uterino que mide 26.4 cm x 18.5 cm compatible con útero fibromiomatoso.

El 7 de julio 2014 paciente recibe valoración médico clínica; probable insuficiencia renal + hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia leve, hipertriglicerolemia, por lo que se instaura tratamiento.

El 6 de agosto 2014, se realiza laparotomía exploradora; se observa gran tumoración abdominopélvica de origen uterino que involucra tejidos adyacentes en especial colon transversal adherido a cara anterior de útero por mioma gigante degenerado.



Figura 1. Paciente con gran tumoración abdomino pélvica, preoperatorio.

Se realiza histerectomía abdominal total y salpingooforectomía bilateral. Se deja dren tubular en ambas cavidades.



Figura 2. Período transoperatorio. Obsérvese tumor a incidir el área abdomino pélvica.

Postoperatorio controlado, se da alta médica 11 días después sin complicaciones.

ID: histerectomía total + síndrome adherencial severo.

Biopsia: material remitido: tumoración gigante de útero.

Macroscopía: se recibe tumoración que mide 34 x25x15cm, pesa 4000 g. superficie lobulada pardo rosada, consistencia dura al corte blanco o rosado con áreas congestivas y otras hemorrágicas. Se procesan varios cortes y se tiñen con hematoxilina-eosina.

Microscopía: el estudio muestra neoplasia ricamente celular conformada por proliferación de células de núcleos redondos, ovalados, predominantemente cruzados; posee nucléolos y citoplasma rosado en zonas de necrosis (10-15%) congestión vascular y hemorrágica.

ID: leiomioma atípico, con áreas hialinizadas.

4 meses después de la cirugía paciente regresa por presentar sangrado vaginal leve que se presenta a nivel de la cúpula vaginal; al realizar la especuloscopia se observa tejido blanquecino de apariencia papilar a nivel de la cúpula vaginal, se realiza la biopsia de la misma y se obtiene como resultado leiomiosarcoma.

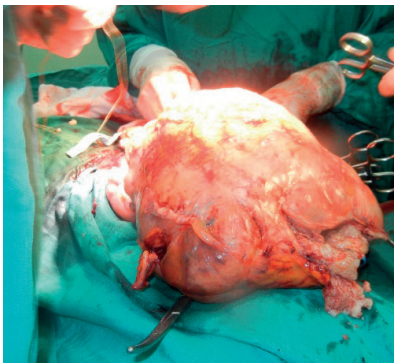


Figura 3. Excéresis de la tumoración abdomino pélvica.



Figura 4. Pieza quirúrgica (leiomiosarcoma).

DISCUSIÓN

El leiomioma es un tumor benigno compuesto principalmente por células musculares lisas, pero con cantidad variable de tejido conectivo fibroso.⁸ Los leiomiomas uterinos son las neoplasias más habituales del tracto genital femenino.

Están presentes en el 77 % de las piezas de histerectomía. Más frecuentes en mujeres afro-descendientes,⁴ mujeres con antecedentes familiares

de esta patología. El 50% de estos tumores tienen alteraciones cromosómicas. Presentan expresión para receptores de estrógeno y progesterona.⁵

Además de los leiomiomas uterinos usuales y los leiomiosarcomas, existe un grupo de tumores intermedios o borderline. Martin y col. descubrieron por primera vez un tumor del músculo liso atípico en 1960, llamados desde entonces de forma variable: leiomiomas raros, leiomioblastoma, leiomiomas de células claras, tumoración plexiforme. La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó el término de leiomioma epiteloide y posteriormente fueron Kurman y Norris quienes proponen el término de leiomioma atípico¹¹.

Los Leiomiomas atípicos representan menos del 1% de las neoplasias uterinas. Se pueden encontrar en otras localizaciones como: vagina, bolsa escrotal, cavidad nasal y paredes gástricas.¹² En algunos Leiomiomas la degeneración tampoco es rara, y se debe al reblandecimiento de la porción central o hemorragia, hialinización o degeneración hidrópica o mucinosa que produce el cambio quístico.⁵

Generalmente asintomáticos; los síntomas de los leiomiomas en general van a depender del tamaño de la tumoración. Pueden causar: dolor, sangrado, dispareunia.⁸

El diagnóstico de leiomioma atípico es histológico. Se basa en grandes células anaplásicas derivadas de la musculatura lisa, con algunos núcleos pleomórficos de cromatina grumosa. Pueden estar presentes células multinucleadas focalmente, multifocalmente o de forma difusa. Se pueden ver áreas de degeneración hialina. Cuando se evidencia necrosis es obligatoria la diferenciación del leiomiosarcoma.

La Inmunohistoquímica es otro recurso valioso para el diagnóstico diferencial, sobre todo en los casos de dificultad o duda. Los marcadores más utilizados son: p16, p53 y Ki67.⁶

La intervención quirúrgica es la base del tratamiento y la vigilancia estrecha de la paciente.⁹ “El intervalo entre la miomectomía o la histerectomía y el diagnóstico de nódulos pulmonares es de 15 años, como media”.¹⁰

La dificultad para la enucleación o algún signo de infiltración, la evidencia de necrosis macroscópica y la textura carnosa, son observaciones intraoperatorias sospechosas de malignidad, por lo

que se recomienda solicitar el corte congelado de la lesión.

Los tumores de músculo liso uterino de comportamiento no determinado, son un grupo de neoplasias cuyo diagnóstico y tratamiento representan un reto. La intervención quirúrgica es la base del tratamiento y, posterior a este, la vigilancia estrecha de la paciente.⁶

El leiomioma epiteliode de apariencia quística debe considerarse en el diagnóstico diferencial de tumores miometriales con aspecto quístico gigante.

La paciente reportada se encuentra, actualmente, en buenas condiciones a partir de su última consulta.

CONCLUSIÓN

Los Leiomiomas atípicos son un grupo de neoplasias cuyo diagnóstico y tratamiento representan un reto, debido a su comportamiento y a la poca información que existe publicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kurman, R. 2014- Patología del Tracto Genital Femenino de Blaustein Tomo 1. Caracas- Venezuela. Editorial Amolca. Pág. 459, 473, 474.
2. Bereck, J. 2008- Ginecología de Novak. Barcelona-España. Editorial Wolters Kluwer Health España. Pág. 1435, 1437, 1438.
3. Hacker Neville, F. 2011- Ginecología y Obstetricia. México-D.F. Editorial El Manual Moderno. Pág. 241, 433, 434.
4. Rock, J. 1998- Te Linde Ginecología Quirúrgica. Buenos Aires- Argentina. Editorial Médica Panamericana. Pág. 764, 752.
5. Schorge, J. 2008- Williams Ginecología. México- D.F; Editorial Mc Graw Hill. Pág. 200.
6. Testa, R. 2011- Ginecología, fundamentos para la práctica clínica. Buenos Aires- Argentina; Editorial Médica Panamericana. Pág.136, 137.
7. Bernard Blanc, J. 1994- Ginecología. Madrid- España. Editorial Diorki. Pág. 381.
8. Berek, J. 2006- Ginecología Oncológica práctica. México- D.F. Editorial Mc Graw Hill. Pág. 209
9. Torres, L. 2004. Cáncer Ginecológico. México, D.F. Editorial Mc Graw Hill. Pág. 180.
10. Chabner, B. 2008. Manual de Oncología Harrison. México- D.F. Editorial Mc Graw Hill. Pág. 486.
11. Rodríguez, J. 2013. Leiomioma uterino atípico a propósito de un caso. Revista de Obstetricia y Ginecología de México, vol. 5, núm. 1, 2013. Pág.51.
12. Lopez Cevantes, G. 2009. Leiomioma uterino epiteliode con degeneración quística gigante, Reporte de un caso. Revista de Obstetricia y Ginecología de México, vol. 77, núm. 8, 2009. Pág. 377.