



Lipoleiomioma: hallazgos por imagen y presentación de un caso

Karen Patricia Gallegos-Bárcenas,* Agustín Isidoro Rodríguez-Blas,* Raúl Mauricio Sánchez-Conde,*
María Guadalupe Rocha-Rodríguez,* Gustavo Adolfo Casián-Castellanos*

RESUMEN

El lipoleiomioma uterino es una variante benigna de los leiomiomas; es raro y está compuesto de músculo liso y adipocitos maduros. Afecta en la perimenopausia y menopausia, es asintomático y no necesita tratamiento; sin embargo, es importante diferenciarlo de neoplasias que requieren escisión quirúrgica. El objetivo de presentar este caso es revisar los conceptos actuales y presentar los hallazgos radiográficos de esta entidad.

Palabras clave: Leiomioma, lipoleiomioma, ultrasonido transvaginal, resonancia magnética.

ABSTRACT

The uterine lipoleiomyoma is a benign variant of leiomyomas; it is rare and is composed of smooth muscle and mature adipocytes. It affects in perimenopause and menopause, is asymptomatic and does not require any treatment; however, it is important to differentiate it from neoplasms that demand surgical excision. The objective of presenting this case is to review current concepts and present the radiographic findings of this entity.

Key words: Leiomyoma, lipoleiomyoma, transvaginal ultrasound, magnetic resonance.

INTRODUCCIÓN

Los fibromas o leiomiomas uterinos son los tumores ginecológicos más comúnmente vistos y su prevalencia se expresa como un 25-40% en edad reproductiva. Su tamaño varía y su ubicación puede ser submucosa, intramural o subserosa.¹ El lipoleiomioma es una variante benigna de ellos y está compuesto de células de músculo liso y adipocitos, con una incidencia que oscila de 0.03 a 0.2%.¹⁻³ Los tumores lipomatosos uterinos se dividen en tres grupos: lipomas puros, lipomas mixtos y malignos.² Los lipoleiomiomas uterinos son extremadamente raros. Se encuentran más comúnmente en el cuerpo del útero, pero rara vez se pueden hallar en otros sitios, entre ellos,

el cuello del útero, el ovario, el ligamento ancho y el retroperitoneo.⁴

Lopstein describió por primera vez un lipoleiomioma en 1916, pero recibió poca atención en la literatura. Posteriormente, en 1991, este tumor fue identificado como un miolipoma de los tejidos blandos por Meis y Enzinger.⁵

Los lipoleiomiomas se componen de células de músculo liso con lóbulos distribuidos y dispersos de tejido adiposo, o se pueden concentrar sólo en zonas focales, que muestran espirales de las lesiones. No hay un porcentaje específico definido de adipocitos que permitan elaborar el diagnóstico de lipoleiomioma;⁵ sin embargo, un estudio publicado en 2014 por la Facultad de Medicina de la Universidad de Trakya en Turquía calificó la presencia y cantidad de adipocitos utilizando un sistema de clasificación de tres niveles o grados: 1: mínimo, focal; 2: mínimo a moderado, multifocal; 3: abundante, multifocal, repartido de manera uniforme.⁶

* Servicio de Radiología e Imagen, Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.

Recibido: 01/10/2016. Aceptado para publicación: 10/11/2016.

La etiología exacta de los leiomiomas o fibromas sigue siendo desconocida, pero está vinculada con el papel del estradiol y factores de crecimiento.² El origen de las lesiones lipomatosas del útero es controvertido; se especula con la inclusión equivocada de células grasas embrionarias, metaplasia de músculo o tejido conectivo a células grasas, diferenciación lipocítica de un tejido conectivo primitivo específico, células grasas perivasculares que acompañan a vasos sanguíneos dentro del útero, inclusión de células grasas en la pared uterina durante cirugía, infiltración grasa o degeneración del tejido conectivo.

Estas lesiones se encuentran, generalmente, en mujeres postmenopáusicas que van de los 50 a 70 años de edad y están asociadas con los leiomiomas ordinarios.⁴ La mayoría de las pacientes son peri- o postmenopáusicas asintomáticas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 62 años de edad, portadora de hipertensión arterial; menarca a los 10 años de edad, eumenorreica, una cesárea; su fecha de última regla fue a los 53 años. En una resonancia magnética nuclear indicada por lumbalgia, se documentó una neoplasia uterina (Figura 1) localizada en la pared posterior derecha; su estudio se complementó con ultrasonido pélvico y transvaginal (Figuras 2 y 3), donde se observó en el corte longitudinal un útero con dimensiones de 100.1 x 45.7 x 59.3 mm, con ecogenicidad heterogénea por la presencia de una imagen ovoidea hiperecogénica al tejido adyacente, de bordes bien definidos. En el corte transversal, se pudo ver la misma lesión, de comportamiento ecográfico compatible con grasa, probablemente dependiente del

miometrio; el ultrasonido transvaginal corroboró dicho hallazgo, con tamaño de 69.5 x 39 mm y escaso flujo vascular a la aplicación de Doppler poder. La evaluación por el Departamento de Ginecología consideró someterla a histerectomía con salpingooforectomía bilateral; el reporte de histopatología confirmó lipoleiomioma intramural y leiomioma submucoso de tipo usual (Figura 4).

DISCUSIÓN

Los lipoleiomiomas uterinos son clínicamente similares a los leiomiomas y no requieren tratamiento si son asintomáticos, según So Ra Oh.⁵ La sintomatología descrita por Cerón³ varía; puede haber dolor pélvico, metrorragia y masa palpable asociada con el tamaño de la lesión. Al igual que los leiomiomas de tamaño comparable, pueden presentar molestias como sensación de pesadez en la pelvis, presión, estreñimiento y aumento de la frecuencia urinaria, como lo han mencionado Kumar² y Sefa.⁴

Dos factores deben concurrir en el diagnóstico fiable de estos tumores, lo que permite su distinción de otras masas pélvicas de contenido graso:

- La identificación de tejido graso en el interior del tumor.
- La confirmación del origen uterino de la masa.

Las ecografías pélvica y transvaginal se han considerado un método útil; sin embargo, no siempre es posible confirmar ecográficamente ante tumores de gran tamaño, excéntricos o pediculados, así que son requeridos



Figura 1.

A. Imagen de resonancia magnética de la paciente, en la que se identifica el útero y se observa en el miometrio la presencia de una imagen ovoidea de bordes regulares, definidos, localizada en la pared posterior derecha, además de imágenes ovoideas nodulares dentro de la misma; no se logra visualizar el endometrio. **B.** Lesión miometrial a considerar mioma con degeneración lipomatosa.

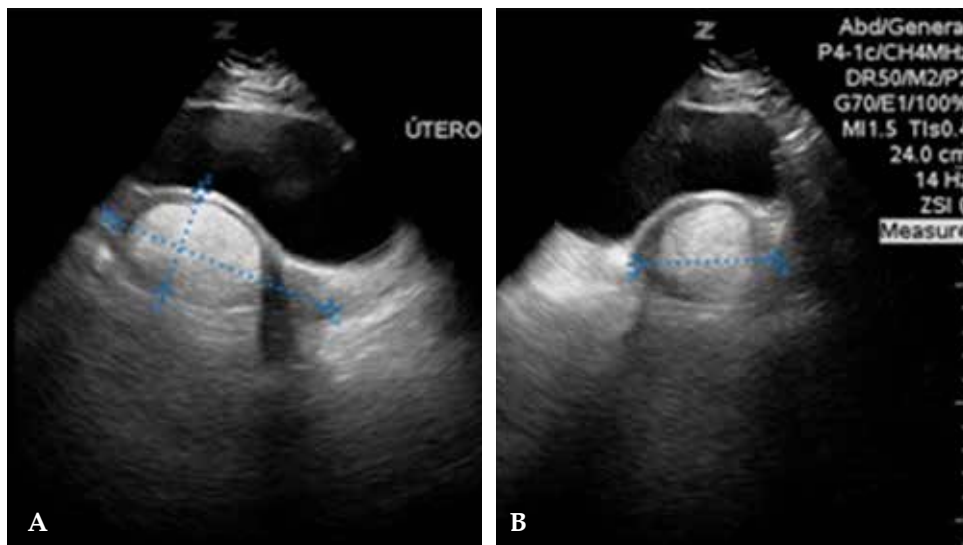


Figura 2.

A. Imagen de ultrasonido pélvico; en el corte longitudinal se visualiza el útero con dimensiones de 100.1 x 45.7 x 59.3 mm, la ecogenicidad es heterogénea por la presencia de una imagen ovoidea hiperecogénica al tejido adyacente, de bordes bien definidos. **B.** En un corte transversal, se observa la misma lesión, de comportamiento ecográfico compatible con grasa, dependiente del miometrio.

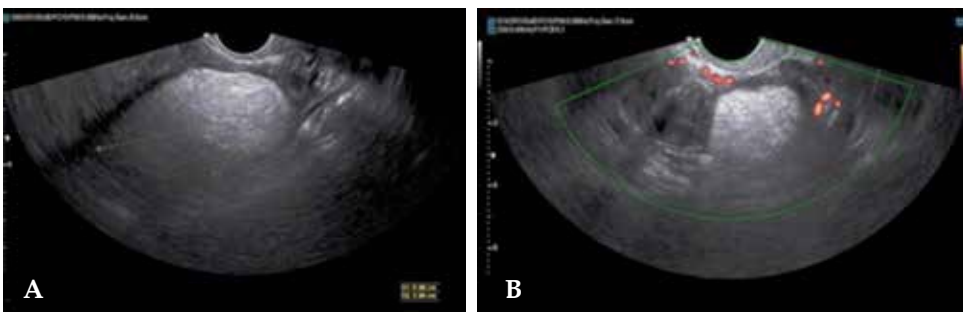


Figura 3.

A. Imágenes de ultrasonido transvaginal en donde se identifica el útero en anteversión, con lesión ecogénica ovoide, la cual presenta borde anterior bien definido **B.** A la aplicación de Doppler poder, con escaso flujo vascular.

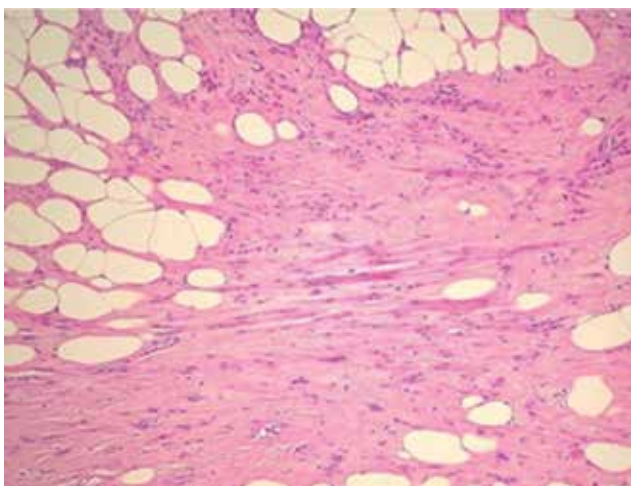


Figura 4. Corte histológico de la lesión descrita por imagen, en donde se identifica al microscopio tejido adiposo maduro en el seno de una proliferación de músculo liso de tipo leiomiomatoso.

métodos adicionales como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, que, además, resultan confirmatorios.⁷

El diagnóstico diferencial debe realizarse con los tumores pélvicos femeninos que contienen grasa, fundamentalmente con el teratoma ovárico quístico benigno o quiste dermoide, que es el más frecuente, pero también con otros tumores lipomatosos ováricos no teratogénicos, como lipomas pélvicos, liposarcomas, adenopatías lipoblásticas, hamartomas o mielolipomas extraadrenales pélvicos, la mayoría de ellos con clara indicación quirúrgica.⁸

CONCLUSIONES

Los lipoleiomiomas son una entidad ya conocida; los estudios de gabinete nos pueden orientar hacia su diagnóstico, y su conocimiento es esencial para poderlos incluir en los diferentes diagnósticos diferenciales de masa anexial.



REFERENCIAS

1. Karaman E, Çim N, Bulut G, Elçi G, Andıç E, Tekin M, et al. A case of giant uterine lipoleiomyoma simulating malignancy. *Case Rep Obstet Gynecol* 2015; 2015: 926961.
2. Kumar S, Garg S, Rana P, Hasija S, Kataria SP, Sen R. Lipoleiomyoma of uterus: uncommon incidental finding. *Gynecol Obstet* 2013; 3(2): 145.
3. Cerón TM, Fornazari AF, Rivas VV. Lipoleiomioma uterino: un hallazgo inusual. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2015; 80(1): 72-5.
4. Kelekci S, Eris S, Demirel E, Aydogmus S, Ekinci N. Lipoleiomyoma of the uterus and primary ovarian leiomyoma in a postmenopausal woman: two rare entities in the same individual. *Case Rep Pathol* 2015; 2015: 564846.
5. Oh SR, Cho YJ, Han M, Bae JW, Park JW, Rha SH. Uterine lipoleiomyoma in peri- or postmenopausal women. *J Menopausal Med* 2015; 21(3): 165-70.
6. Akbulut M, Gündoğan M, Yörükoğlu A. Clinical and pathological features of lipoleiomyoma of the uterine corpus: a review of 76 cases. *Balkan Med J* 2014; 31(3): 224-9.
7. Navarro-Vergara P, Zuazo-Ojeda A, Rodríguez-Pardo F, Navarro-Díaz F. RM, TAC y ecografía del lipoleiomioma uterino: presentación de un caso. *Toko Gin Pract* 2001; 60(5): 276-8.
8. Batur A, Alpaslan M, Dundar I, Ozgokce M, Yavuz A. Uterine lipoleiomyoma: MR findings. *Pol J Radiol* 2015; 80: 433-4.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Agustín Isidoro Rodríguez-Blas
Servicio de Radiología e Imagen,
Hospital Juárez de México.
Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160,
Col. Magdalena de las Salinas,
C.P. 06770, Del. Gustavo A. Madero,
Ciudad de México, México.
Correo electrónico: radiologia_hjm@outlook.com