



Caso clínico

Sarcoma uterino. Reporte de un caso

Francisco Javier Alvarado Gay,* Erika Vega Silva**

RESUMEN

Paciente femenina de 33 años de edad, que ingresó con dolor abdominal agudo al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE. Se le realizó laparotomía exploradora y se le encontraron alrededor de 1,400 cc de sangre en la cavidad peritoneal, además de una tumoración de casi 10 cm de diámetro en la cara lateral derecha del útero, que involucraba a las trompas de Falopio, al ovario y al parametrio ipsilateral. En el epiplón se encontraron dos tumoraciones de aproximadamente 3 cm, similares a las encontradas en el útero. Se limpió el sangrado de la cavidad peritoneal y se realizó la histerectomía total abdominal, con salpingooforectomía bilateral, así como la omentectomía. El estudio histopatológico se reportó dos semanas después y el diagnóstico final fue leiomiomasarcoma uterino de alto grado, invasión a serosa e implante en el peritoneo.

Palabras clave: dolor abdominal agudo, laparotomía, tumoración, tumoraciones, histerectomía, salpingooforectomía, omentectomía, leiomiomasarcoma.

ABSTRACT

A 33 years old male patient was admitted at the Gynecology/Obstetric emergency room with acute pain abdomen. The patient underwent an exploratory laparotomy where it was found 1,400 cc of blood in the peritoneal cavity. It was also found a 10 cm diameter tumor on the right lateral uterus side involving the uterine tube, the ovary and the ipsilateral parametrium. In the omentum there were found two 3 cm diameter tumors like the one found in the uterus. The bleeding was under control so it was made a hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy and omentectomy. Histopathologic diagnosis was reported two weeks after. The final diagnosis was serosa infiltration, uterine leiomyosarcoma and implant on peritoneum.

Key words: acute pain abdomen, laparotomy, tumor, tumors, hysterectomy, salpingo-oophorectomy, omentectomy, leiomyosarcoma.

RÉSUMÉ

Patient féminin de 33 ans qui est entré avec douleur abdominale aiguë au service d'urgences de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital Régional 1^{er} Octobre de l'ISSSTE. On lui a fait une laparotomie exploratrice et on lui a trouvé environ 1,400 cc de sang dans la cavité péritonéale, en plus d'une tuméfaction de presque 10 cm de diamètre dans la face latérale droite de l'utérus, qui insérait les trompes de Fallope, l'ovaire et le paramètre ipsilatéral. Dans l'épiplon on a trouvé deux tuméfactions d'environ 3 cm, pareilles à celles rencontrées à l'utérus. On a lavé le sang de la cavité péritonéale et on a fait l'hystérectomie totale abdominale, avec salpingo-oophorectomie bilatérale, ainsi que l'omentectomie. L'étude histopathologique s'est reportée deux semaines après et le diagnostic final a été de léiomyosarcome utérin de haut degré, invasion à la sérose et implant dans le péritoine.

Mots-clé : douleur abdominale aiguë, laparotomie, tuméfaction, tuméfactions, hystérectomie, salpingo-oophorectomie, omentectomie, léiomyosarcome.

RESUMO

Paciente feminino de 33 anos de idade que ingressou com uma dor abdominal aguda ao serviço de urgência de ginecologia e obstetricia do Hospital Regional 1° de Octubre do ISSSTE. Realizou-se laparotomia exploradora e encontraram ao redor de 1,400 cc de sangue na cavidade peritoneal, além de uma tumoração de quase 10 cm de diâmetro na parte lateral direita do útero, que afetava às trompas de Falópio, ao ovário e ao paramétrio ipsilateral. No epiplom foram encontradas duas tumorções de aproximadamente 3 cm, similares às achadas no útero. Limpou-se o sangrado da cavidade peritoneal e se fez a histerectomia total abdominal, com salpingo-oforectomia bilateral, além da omentectomia. O estudo histopatológico foi relatado duas semanas depois e o diagnóstico final foi leiomiomasarcoma uterino de alto grau, invasão à serosa e implante e peritoneu.

Palavras chave: dor abdominal aguda, laparotomia, tumorção, tumorções, histerectomia, salpingo-oforectomia, omentectomia, leiomiomasarcoma.

Los sarcomas del útero son tumores morfológica e histológicamente heterogéneos que constituyen 4.3% de las neoplasias del cuerpo uterino. Son un tipo de cáncer derivado del mesénquima o tejido conectivo del útero que tienen amplia variedad de aspectos histológicos y actividad biológica, lo que dificulta su clasificación. Son una clase de cáncer muy agresivo, aun en las etapas tempranas de la enfermedad. Los tipos histológicos más frecuentes son el leiomioma, el sarcoma del estroma endometrial y el carcinosarcoma, también conocido como tumor mixto mulleriano.¹ En 1985 se reportó que en Estados Unidos la incidencia anual de sarcomas uterinos fue de 17.1 casos por millón, mientras que en el 2000 se estimaron 36,100 nuevos casos, de los cuales 6,500 habían muerto cuando se escribió este artículo. La mayor parte de esos tumores son sarcomas mesodérmicos mixtos (48%) y leiomiomas (37%). El dolor abdominal bajo es más frecuente en el leiomioma, mientras que el sangrado transvaginal es más común en el carcinosarcoma. La quimioterapia coadyuvante tiene un papel importante en el tratamiento de ese tipo de neoplasias, aun como monoterapia. Sin embargo, la tasa de recurrencia es muy alta. En los estadios tempranos de la enfermedad² se ha demostrado que la recurrencia del tumor local puede disminuir, pero no tiene impacto significativo en la supervivencia.¹

REPORTE DEL CASO

Paciente de 33 años de edad, con antecedente de menarquia a los 12 años, ritmo de 30 x 5, eumenorreica, con un embarazo resuelto por parto hace ocho años, sin antecedente de enfermedad uterina, última citología cervical hace dos años con reporte negativo

* Jefe del servicio de ginecología y obstetricia.

** Médica adscrita al servicio de ginecología y obstetricia. Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE.

Correspondencia: Dr. Francisco Javier Alvarado Gay. Servicio de ginecología y obstetricia, Hospital Regional 1º de Octubre. Av. Instituto Politécnico Nacional núm. 1669, colonia Magdalena de las Salinas, CP 97760, México, DF. Tel.: 5586-6011 ext. 177. E-mail: almena@prodigy.net.mx

Recibido: octubre, 2004. Aceptado: octubre, 2004.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

II, control de la fertilidad a base del método de barrera y fecha de última menstruación dos semanas antes de su ingreso al hospital. Originaria de Veracruz, con residencia en el Estado de México desde hace 22 años, profesora de primaria, soltera, sin toxicomanías ni cirugías previas. Acudió al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia del Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE con dolor abdominal de dos meses de evolución que se agudizó aproximadamente dos horas antes de su ingreso. Se transformó de molestia leve a dolor tipo cólico, con localización en el hipogastrio, irradiación lumbar que le imposibilitó la marcha y que le obligaba a mantener una posición antiálgica, refirió fiebre no cuantificada 12 horas antes de su ingreso, con escalofrío y sudoración. A la exploración física se le encontró pálida, diaforética, taquicárdica, con facies de dolor, delgada y bien conformada. Los signos vitales fueron: TA 100/50; FR 24 x minuto; FC 102 x minuto; temperatura 36°C. Se descubrieron datos de irritación peritoneal, como hiperestesia, hiperbaralgia, rebote positivo, sobre todo en el hipogastrio y en ambas fosas iliacas, los movimientos peristálticos se encontraron disminuidos en el abdomen superior y ausentes en el abdomen bajo, había matidez en los cuadrantes inferiores abdominales. En la exploración ginecológica los genitales externos se observaron normales, la vagina normal y eutérmica, el cuello uterino largo, de consistencia normal, cerrado y sin sangrado transvaginal. En el útero se palpó una masa tumoral de casi 15 cm, de consistencia dura, bordes irregulares, móvil, dolorosa, el ovario izquierdo era normal y el derecho no se lograba delimitar, por la resistencia muscular al dolor en el momento del tacto. El resto de la exploración no tuvo datos importantes.

Se le realizaron dos ultrasonidos pélvicos que reportaron miomatosis uterina en probable fase de degeneración; no se apreció líquido libre ni hubo datos de sangrado intraabdominal. Ambos estudios se llevaron a cabo en la misma institución médica por el mismo radiólogo, el día de ingreso y al día siguiente. No se solicitó tomografía axial computada de abdomen.

Las placas de rayos X del abdomen mostraron asas intestinales rechazadas hacia el abdomen superior, con los músculos psoas borrados, y aspecto de vidrio

despuldado en el abdomen bajo. Se observó una zona radioopaca que ocupaba, casi en su totalidad, el hemiabdomen inferior; no se apreciaron las siluetas renales y las estructuras óseas tenían aspecto normal. La placa de tórax fue normal. No se le realizaron pruebas séricas para detectar marcadores tumorales.

La paciente refirió mejoría del dolor después de administrarle solución intravenosa para hidratarla. Se le hospitalizó en el servicio de la unidad tocoquirúrgica para intervenirla quirúrgicamente.

Se le realizó una laparotomía exploradora 36 horas después de su ingreso, por el empeoramiento de los síntomas. Se encontraron alrededor de 1,400 cc de sangre en la cavidad peritoneal, además de una tumoración de casi 10 cm de diámetro en la cara lateral derecha del útero, que involucraba a las trompas de Falopio, al ovario y al parametrio ipsilateral. En el epiplón se encontraron dos tumoraciones de aproximadamente 3 cm, similares a las encontradas en el útero. El sangrado se limpió de la cavidad peritoneal, se lavó con solución fisiológica y se descubrió que el mioma estaba roto y que tenía sangrado activo, lo que daba aspecto de degeneración

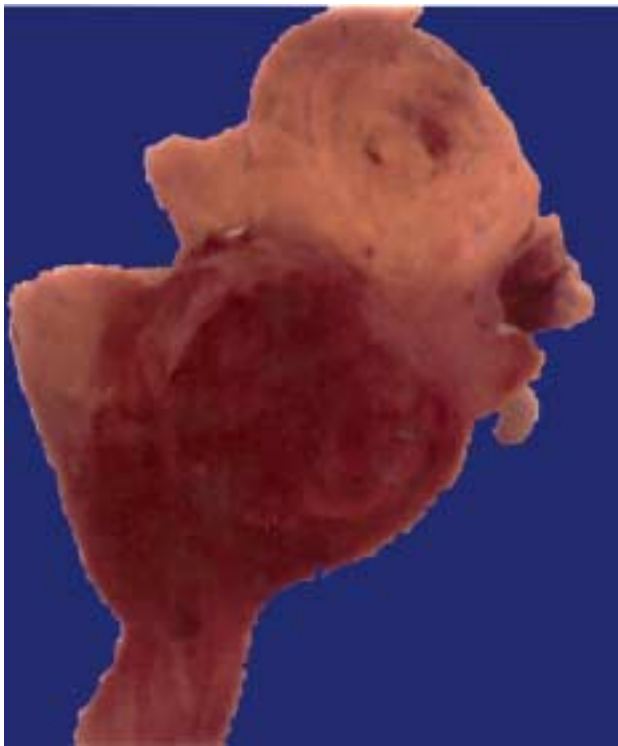


Figura 1. Foto macroscópica de sarcoma uterino.

grasa. Se le realizó la histerectomía total abdominal, con salpingooforectomía bilateral, y la omentectomía. No se hizo un estudio transoperatorio ya que el hospital no cuenta con un patólogo de guardia. Se le transfundieron dos paquetes de concentrado globular y evolucionó de manera favorable en el postoperatorio; egresó del hospital 72 horas después.

El estudio histopatológico se reportó dos semanas después y el diagnóstico final fue leiomiosarcoma uterino de alto grado, invasión a serosa e implante en el peritoneo. No hubo alteraciones en las trompas de Falopio y en el ovario derecho se apreciaron cuerpos blancos y folículos quísticos.

El resultado se le comunicó a la paciente dos semanas después de la cirugía y se le remitió a un hospital con servicio de oncología médica para valorar el uso de radio y quimioterapia. La paciente no aceptó el tratamiento y murió cinco meses después. No se le realizó autopsia.

DISCUSIÓN

La transformación maligna de un leiomioma en un leiomiosarcoma se considera un hecho poco común.⁶ Los estudios histopatológicos pueden reportar casos raros, donde se han observado leiomiomas con transformación maligna y hallazgos histológicos de células gigantes, semejantes a los osteoclastos.⁶ En el Hospital Regional 1° de Octubre se atienden un sinnúmero de pacientes con abdomen agudo, en particular de origen obstétrico. La paciente a la cual se hizo referencia llama la atención por tratarse del primer caso de sarcoma que se encuentra en dicha unidad médica, además de que las condiciones en que se presentó son motivo de interés clínico. Pautier y colaboradores encontraron en su estudio de 157 pacientes a 24 mujeres menores de 40 años de edad con algún tipo de sarcoma (13 con leiomiosarcoma, 4 con tumor mixto mulleriano maligno y 7 con sarcoma del estroma endometrial).¹⁰ No hubo tiempo suficiente para realizarle un protocolo completo de estudio, con la finalidad de mejorar el plan de tratamiento y el pronóstico, ya que la paciente manifestó un cuadro clínico con abdomen agudo. El cuadro clínico con dolor abdominal bajo se observa con más frecuencia en el leiomiosarcoma, mientras que el sangrado transva-

ginal se relaciona con la mayor incidencia del carcinosarcoma. Pouncelet y colaboradores encontraron alteraciones en las proteínas CD44, familia de células con moléculas de adhesión relacionadas con el origen de los tumores, con la carcinogénesis y con su pronóstico en varias neoplasias. Al correlacionarlas con parámetros clínico-patológicos de leiomiomas, leiomiosarcomas y miometrio normal, mediante *immunoblotting* y anticuerpos monoclonales, se encontraron CD44s y CD44v6 en los leiomiosarcomas, pero no CD44v3, y mediante inmunohistoquímica disminución de la expresión de CD44s en leiomiomas y leiomiosarcomas, en comparación con el miometrio normal. Por lo tanto, se concluye que para el diagnóstico de leiomiosarcomas la ausencia de CD44v3 tuvo sensibilidad, especificidad y valor de predicción negativo y positivo del 100%.¹⁴ En algunos casos, la DHL puede utilizarse como marcador de sarcoma.⁹ El diagnóstico de benigno, fronterizo o maligno en los tumores uterinos se da en relación con el número de mitosis, núcleos atípicos y otros hallazgos morfológicos.⁸ En un estudio de inmunohistoquímica los leiomiosarcomas mostraron incremento aproximado del 15% del MIB-1, en relación con el leiomioma y el tumor fronterizo, y de p53, así como reducción de los receptores de estrógeno y progesterona, pero se concluye que ningún marcador es significativo para su pronóstico.⁸ Se ha señalado que la cuenta de mitosis sólo representa el número de células que proliferan en la fase M; sin embargo, las células con función mitótica grave incluyen fases G1,S y G2; las células que proliferan pueden detectarse mediante la expresión de antígenos nucleares Ki-67 usando el método de inmunoperoxidasa. Los estudios de gabinete no aportaron datos para el diagnóstico oportuno de la paciente. En el estudio de Umesaki y colaboradores se encontró que la tomografía por emisión de positrones con F-fluorodeoxiglucosa (FDG-PET) es más eficaz para detectar sarcomas uterinos que el ultrasonido Doppler de alta resolución y la resonancia magnética.⁹ Reportan que la FDG-PET es positiva en 100% de los casos, mientras que la resonancia magnética y el ultrasonido sólo en 80 y 40% de los mismos, respectivamente, lo cual sugiere que puede utilizarse como método de apoyo para el diagnóstico de sarcomas uterinos.⁹ El curetaje

endometrial sólo es diagnóstico en 30% de los casos de leiomiosarcoma.⁹

La histerectomía con salpingooforectomía es el tratamiento estándar; sin embargo, cuando se trata de extirpar los ovarios a pacientes premenopáusicas algunos autores tienen opiniones contrastantes, ya que cuando no se realiza la ooforectomía el riesgo de recurrencia no es significativamente más alto que cuando sí se realiza.¹ Kaleli y su equipo⁶ reportaron un caso de leiomiosarcoma de bajo grado, en el cual se encontró p53 negativo y contenido de DNA aneuploide, y sugirieron que ese tipo de tumor no requiere tratamiento adicional al quirúrgico. El tratamiento con radio o quimioterapia, más un medicamento o combinaciones de éstos ha reportado disminución de la recurrencia local del tumor; no obstante, no se ha encontrado impacto significativo en la supervivencia. De acuerdo con Soh y colaboradores hacen falta estudios con series más grandes para evaluar lo anterior.² Kushner y su equipo reportaron supervivencia de 100% a dos años y de 67% a tres años en estadios tempranos de la enfermedad, esto al aplicar tres ciclos de ifosfamida como quimioterapia adyuvante en casos de tumor mixto mulleriano. El leiomiosarcoma mostró supervivencia del 33%, con inocuidad y efectos secundarios bien tolerados en todos los pacientes. Kasahara y su equipo reportaron el caso de una paciente a la cual fue necesario realizarle tres laparotomías en el mismo año, ya que el tumor volvió a aparecer en dos ocasiones, a pesar del tratamiento a base de quimioterapia con ciclofosfamida, adriamicina y cisplatino. Mittal y colaboradores insisten en la importancia de incluir al leiomiosarcoma como diagnóstico diferencial cuando se observa un leiomioma con aspecto de degeneración mixoide.

Se realizó una revisión bibliográfica, sin embargo, no se encontraron reportes ni casuística del tema.

Hay estudios que demuestran claramente la alta incidencia de los sarcomas uterinos en las mujeres negras, en comparación con las blancas. No hay reportes en las mujeres mexicanas que proporcionen datos estadísticos.

REFERENCIAS

1. Gadducci A, Romanini A. Adjuvant chemotherapy in early stage uterine sarcomas: an open question. *Eur J Gynaecol Oncol* 2001;22(5):352-7.

2. Soh LT, Chew SH, Ang L. Uterine leiomyosarcoma– a Singapore experience. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 2001;39(2):246-8.
3. Yamada SD, Burger RA, Brewster WR. Pathologic variables and adjuvant therapy as predictor of recurrence and survival for patients with surgically evaluated carcinosarcoma of the uterus. *Cancer* 2000;88(12):2782-7.
4. Gotoh T, Kikuchi Y, Takano M, et al. Epithelioid leiomyosarcoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 2001;82:400-5.
5. Joyce A, Hessami S, Heller D. Leiomyosarcoma after uterine artery embolization. *J Reprod Med* 2001;46(3):278-80.
6. Kaleli S, Calay Z, Ceydeli N, et al. A huge abdominal mass mimicking ovarian cancer: p53 negative but aneuploid myxoid leiomyosarcoma of the uterus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;100:96-99.
7. Poncelet Ch, Walker F, Madelenat P, et al. Expression of CD44 standard and isoforms V3 and V6 in uterine smooth muscle tumors: a possible toll for the diagnosis of leiomyosarcoma. *Hum Pathol* 2001;32(11):1180-6.
8. Mittal K, Demopoulos RI. MIB-1 (Ki-67), p53, estrogen receptor, and progesterone receptor expression in uterine smooth muscle tumors. *Hum Pathol* 2001;32(9):984-7.
9. Umesaki N, Tanaka T, Miyama M, et al. Positron emission tomography with F-fluorodeoxyglucose of uterine sarcoma: a comparison with magnetic resonance imaging and power doppler imaging. *Gynecol Oncol* 2001;80(3):372-7.
10. Pautier P, Genestie C, Rey A, et al. Analysis of clinicopathologic prognostic factors for 157 uterine sarcomas and evaluation of a grading score validated for soft tissue sarcoma. *Cancer* 2000;88(6):1425-32.