



Leiomioma uterino epiteliode con degeneración quística gigante. Reporte de un caso

Guillermo López Cervantes,* Francisco Javier Vega Ruiz,** Vanesa Peralta Velázquez***

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Se reporta el caso de una mujer de 46 años de edad con hiperpolimenorrea, ultrasonido pélvico con un tumor de aspecto quístico gigante en el cuerpo. El estudio histopatológico mostró un leiomioma uterino epiteliode con degeneración quística gigante. La finalidad de este reporte es destacar la importancia clínico-diagnóstica e insistir que el leiomioma epiteliode de apariencia quística debe considerarse en el diagnóstico diferencial de tumores miometriales con aspecto quístico gigante.

Palabras clave: tumores uterinos, leiomioma uterino, degeneración quística, tumor de músculo liso epiteliode.

ABSTRACT

At present, show women 46 years old, presented hiperpolimenorrea, pelvis ultrasound appearance with cystic giant mass in the uterine corpus; histopathological revealed a epitheloid leiomyoma witch giant cystic degeneration. We considered it is the first reported case of this variant of the epitheoid leiomyoma.

Key words: Uterine tumors, uterine leiomyoma, cystic degeneration, epitheloid smooth muscle tumor.

RÉSUMÉ

On reporte le cas d'une femme de 46 années d'âge avec hiperpolimenorrea, ultra-son pelvien avec une tumeur d'aspect cistico géant dans le corps. L'étude histopathologique a montré un leiomioma utérin epiteliode avec dégénération cistica géante. Le but de ce rapport est de souligner l'importance clinique-diagnostique et d'insister que le leiomioma epiteliode d'aspect cistica doit être considéré dans le diagnostique différentiel de tumeurs miometriels avec aspect cistico géant.

Mots clef : tumeurs utérines, leiomioma utérin, dégénération cistica, tumeur de muscle lisse epiteliode.

RESUMO

O caso duma mulher de 46 anos de idade com hiperpolimenorrea reporta-se, ultrasom pélvico com um tumor do aspeto cistico gigante no corpo. O estudo histopatológico mostrou epiteliode uterino com degeneração cistica gigante leiomioma. A finalidade dos estes relatórios é destacar a importância diagnóstica e insistir que epiteliode leiomioma da aparência cistica deve considerar-se no diferencial diagnóstico dos tumores miometriais com aspeto cistico gigante.

Palavras chave: tumores uterinos, leiomioma, degeneração cistica, tumor do músculo liso epiteliode, uterino.

* Jefe del Departamento de Patología.

** Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.

*** Residente de primer año de la especialidad de Patología.
Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.

Correspondencia: Dr. Guillermo López Cervantes. Departamento de Patología del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora. Reforma 355, entre avenida 8 y 11, colonia Ley 57, CP 83100. Sonora, Hermosillo.

Recibido: noviembre, 2008. Aceptado: mayo, 2008.

Este artículo debe citarse como: López CG, Vega RFJ, Peralta VV. Leiomioma uterino epiteliode con degeneración quística gigante. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2009;77(8):376-79

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

Los leiomiomas uterinos son tumores de hallazgo común durante la cirugía ginecológica. Su apariencia histológica es característica y fácil de reconocer;¹ sin embargo, con relativa frecuencia muestran cambios degenerativos que crean problemas diagnósticos, no sólo por imagen²⁻⁶ sino desde el punto de vista histológico.⁷⁻¹¹ La degeneración quística del leiomioma es común, pero cuando el proceso degenerativo es abundante, se produce un quiste gigante o de aspecto multiquístico, lo que representa mayor dificultad para establecer el diagnóstico de precisión.⁶⁻⁹

La finalidad de este reporte es mostrar un leiomioma uterino epiteloide con degeneración quística gigante y su importancia clínica diagnóstica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 46 años de edad, sin antecedentes patológicos y familiares de importancia, que negó alcoholismo y toxicomanías. Entre sus antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 12 años, ciclos de 30 x 5 días, eumenorreica; inició su vida sexual a los 19 años; ha tenido cuatro embarazos y cuatro partos, una pareja sexual de bajo riesgo. La última citología cervical se le hizo dos meses antes de ingresar al servicio y fue negativa a malignidad o displasia. Su padecimiento actual lo inició con hiperpolimenorrea de cuatro meses de evolución, que le produjo anemia aguda, y se trató con hierro oral y transfusiones sanguíneas (se desconoce la cantidad) antes de su ingreso al hospital. A la exploración física se encontró: constitución media y edad aparente a la cronológica; consciente, activa, reactiva, palidez de piel y tegumentos con buen estado hídrico. Su condición cardiorrespiratoria no mostró agregados. Las mamas eran simétricas y sin tumores. El abdomen era globoso, blando, depresible, con tumoración firme por debajo de la cicatriz umbilical, móvil y levemente dolorosa, con peristalsis. Los genitales externos no mostraron alteraciones; sangrado transvaginal escaso y tacto vaginal diferido. Las extremidades pélvicas tenían dermatitis y huellas de rascado en la cara anterior de los muslos; el resto sin alteraciones aparentes. El ultrasonido pélvico mostró al útero aumentado de volumen, con dimensiones de 15.5 x 8.7 x 10 cm, con un tumor de aspecto mixto, predominantemente quístico, redondeado, localizado en la región corporal media con 8 cm de diámetro (figura 1), que desplazaba al endometrio sobre la región corporal izquierda. Con el diagnóstico presuncional de leiomioma con degeneración quística se le realizó histerectomía abdominal total y se encontró que el útero era globoso y los ovarios de características normales.

Estudio anatomohistológico del útero

El útero pesó 780 g y midió 16 x 12 x 10 cm, con superficie externa lisa y morfología esférica. La superficie de corte mostró la cavidad endometrial rechazada y obliterada (figura 2) por un quiste ovoide de 8 x 6 cm en sus diámetros mayores, con líquido amarillento semitransparente, no

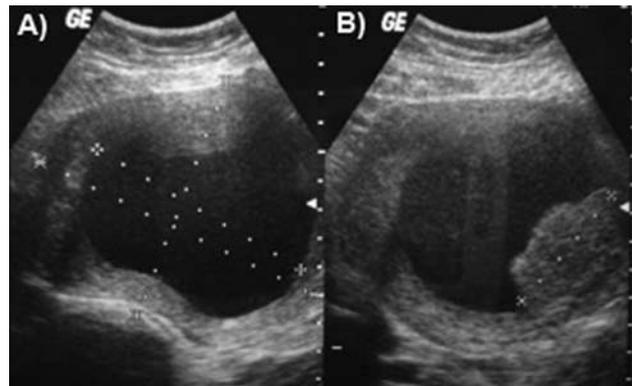


Figura 1. Ultrasonido uterino. A) Imagen anecoica bien delimitada por la pared, compatible con imagen quística. B) Tumoración dependiente de la pared quística con bordes delimitados.

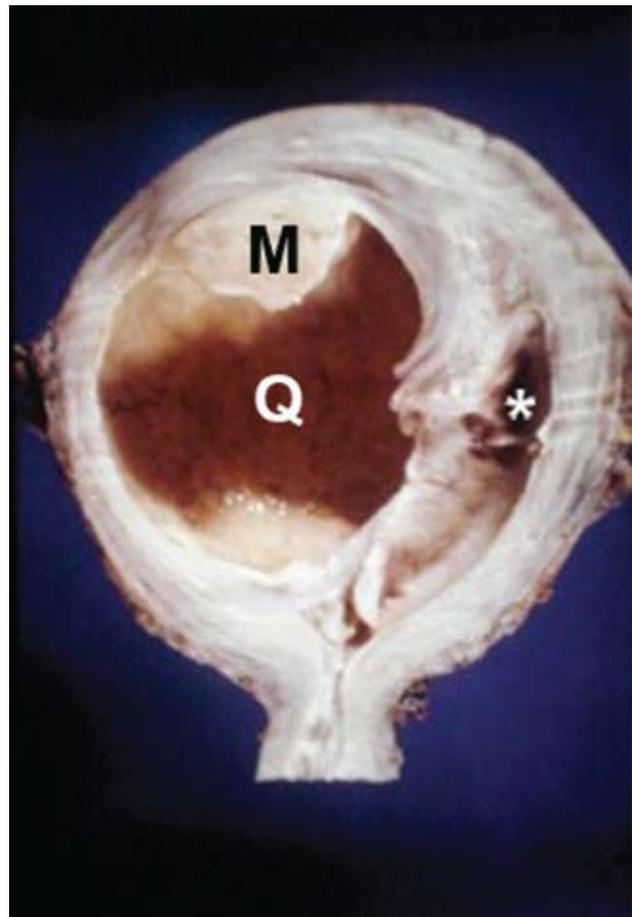


Figura 2. Quiste (Q) intramural de la pared derecha del útero, con masa (M) fungante y cavidad endometrial (*).

fétido, que al desalojarlo mostró la pared interna semirrugosa, amarillenta y finamente vascularizada, excepto en el polo superior donde había una placa amarillenta de 1.3 x 1 x 1 cm. Los diferentes cortes histológicos de la pared del quiste y de la placa mostraron células pequeñas y redondas de aspecto epitelioides, dispuestas en pequeños cordones o en cortas trabéculas, sin mitosis y leve pleomorfismo nuclear (figura 3 A y B), además de abundante material intercelular PAS negativo y tenuemente positivo a colágeno (tricrómico de Masson). Estas células de aspecto epitelioides fueron negativas a CKLW y CKHW, y muy positivas a desmina y actina (figura 3 C y D).

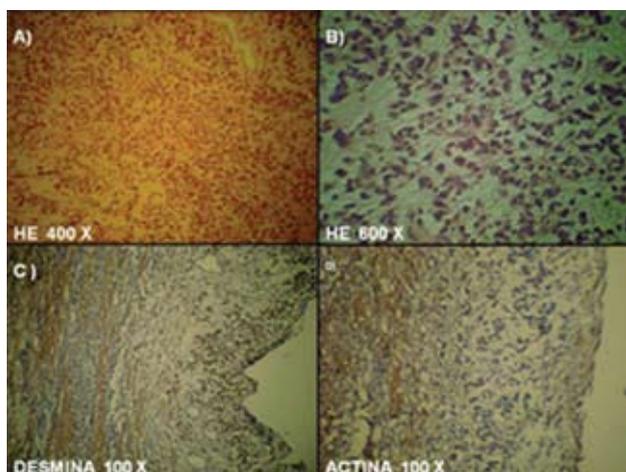


Figura 3. Microscopia panorámica de la pared del quiste, constituida por cortas e irregulares trabéculas celulares de células de aspecto epitelioides (A), en cuyo acercamiento muestra abundante material intercelular; C) células de la pared con positividad para desmina y D) actina de músculo liso.

DISCUSIÓN

El leiomioma, o mioma, es la neoplasia uterina más frecuente, la padecen 20 a 30% de las mujeres en edad reproductiva.¹

Por lo general, los leiomiomas manifiestan sus síntomas según su localización: cuando son submucosos se proyectan a la cavidad endometrial y la hemorragia es el signo más común. Los subserosos, si están por debajo del peritoneo visceral, producen masa intraabdominal y si es pediculada, la posibilidad de torsión es alta y se interpreta como problema de anexo.² El leiomioma intramural es, por lo regular, de crecimiento insidioso y la masa abdominal es lo más común, pero no es raro encontrar sangrados

endometriales. 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.¹²

El diagnóstico de leiomioma resulta sencillo de establecer por estudios de imagen e histopatología, pero cuando se transforma en quistes, la posibilidad etiológica se amplía: adenomioma quístico, quiste congénito, anomalías del desarrollo del útero o degeneración del propio mioma.³ Dicha degeneración quística de los tumores uterinos produce, con frecuencia, confusión diagnóstica por imagenología.¹¹

El estudio de Protopapas y colaboradores,³ de 29 casos de tumores uterinos quísticos, en un periodo de seis años, mostró que los miomas fueron los más frecuentes, con aspecto quístico en 73% de las pacientes y en el resto correspondieron a quistes de otra naturaleza. En ninguno de los casos el aspecto evidenció degeneración quística gigante, como en la paciente de este estudio. Los casos con miomas y quistes gigantes se documentan a través de informes de un solo caso y no superan más de 40 los reportes publicados.³⁻⁸

Es común que cuando existe degeneración mixoide en los leiomiomas, las células fusiformes se separen debido a la acumulación de material intercelular deshilachado y al aumento extracelular que forma el quiste; las paredes son las propias células fusiformes de músculo liso. En el caso aquí informado dicha eventualidad no se observó, sino que la pared estaba constituida por una gruesa capa de células dispuestas en pequeños nidos o trabéculas de aspecto epitelioides, cuyos marcadores inmunohistoquímicos para queratina resultaron negativos, por lo que se descartó la posibilidad de un quiste adenomiótico; en cambio, la desmina y actina fueron positivas.

A menudo las lesiones de la pared uterina producen diversos patrones histopatológicos, incluso estructuras epiteliales que obligan a realizar el estudio de inmunohistoquímica correspondiente. Mazur y Kraus¹³ señalan que las lesiones tumorales de la pared uterina incluyen: leiomioma bizarro, leiomioma similar al schwannoma, mixomas, tumor plexiforme; los que tienen estructuras tubulares y miometrio con degeneración por radiación son patrones histológicos que se originan en el miometrio. Algunos leiomiomas epitelioides se degeneran en un patrón plexiforme y pueden formar pequeños quistes;^{9,11} sin embargo, no hay reportes que indiquen la degene-

ración a quiste gigante, como sucedió en la paciente de este estudio.

La variante epitelioides de las neoplasias de músculo liso uterino se ha estudiado desde el punto de vista inmunohistoquímico. Se considera que los marcadores para músculo liso son específicos para denotar su origen, independientemente de si tienen poca o regular positividad a queratina, y se descartan los tumores de regiones vecinas, como los del estroma de endometrio.^{13,14}

Los tumores epitelioides de músculo liso son poco comunes y su factor pronóstico aún no está bien establecido.¹⁴ Prayson y su grupo¹¹ estudiaron 18 mujeres de 45 años de edad y las dividieron según su morfología tumoral en tres grados: en el de menor gravedad se colocó a quienes tenían tres figuras mitóticas por 10 campos a seco fuerte, y al de tercer grado en el de mayor gravedad, con nueve mitosis por campo. Las pacientes incluidas en este último grupo tuvieron, además de atipia nuclear, múltiples focos de necrosis. Los tumores clasificados en el segundo grado mostraron gran similitud morfológica con el caso aquí presentado, en el que hay cierto grado de atipia nuclear y mitosis escasas. Todos los casos fueron positivos para actina específica de músculo liso y desmina, y negativos a citoqueratinas, como sucedió en la paciente de este estudio (figura 3 C y D). De los 18 casos reportados por Prayson,¹¹ ninguno mostró degeneración quística similar a la del caso de este estudio. La paciente aquí reportada se encuentra, actualmente, en buenas condiciones a partir de su última consulta (dos años previos).

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

REFERENCIAS

1. Rosai J. Female reproductive system. In: Ackerman's surgical pathology. St Louis: Mosby, 1996;pp:1311-564.
2. Low SC, Chong CL. A case of cystic leiomyoma mimicking an ovarian malignancy. *Ann Acad Med Singapore* 2004 May;33(3):371-4
3. Protopapas A, Milingos S, Markaki S, Loutradis D, et al. Cystic uterine tumors. *Gynecol Obstet Invest* 2008;65(4):275-80.
4. Van Swieten EC, Wijnen JA. Menorrhagia due to cystic degeneration of a uterine leiomyoma. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152(12):697-700.
5. Dancz CE, Macdonald HR. Massive cystic degeneration of a pedunculated leiomyoma. *Fertil Steril* 2008;90(4):1180-1.
6. Ceyhan K, Simşir C, Dölen I, Calışkan E, Umudum H. Multinodular hydropic leiomyoma of the uterus with perinodular hydropic degeneration and extrauterine extension. *Pathol Int* 2002;52(8):540-3.
7. Yamashiro T, Gibo M, Utsunomiya T, Murayama S. Huge uterine leiomyoma with adenomyotic cysts mimicking uterine sarcoma on MR imaging. *Radiat Med* 2007;25(3):127-9.
8. Kulshethra R, Lakhey M, Rani S. Massive cystic degeneration of a uterine leiomyoma presenting as an ovarian cyst: a case report. *Indian J Pathol Microbiol* 2003;46(1):86-88.
9. Dressler W, Korb G. Plexiform tumor of the uterus. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1989;49(2):205-6.
10. Kurman RJ, Norris HJ. Mesenchymal tumors of the uterus VI. Epitheloid smooth muscle tumors including leiomyoblastoma and clear-cell leiomyoma. A clinical and pathologic Analysis of 26 cases. *Cancer* 1976;37:1853-65.
11. Prayson RA, Goldblum JR, Hart WR. Epitheloid smooth-muscle tumors of the uterus: a clinicopathologic study of 18 patients. *Am J Surg Pathol* 1997;21(4):383-91.
12. Wilkinson N, Rollason TP. Recent advances in the pathology of smooth muscle tumours of the uterus. *Histopathology* 2001;39(4):331-41.
13. Mazur MT, Kraus FT. Histogenesis of morphologic variations in tumors of the uterine wall. *AM J Surg Pathol* 1980;4(1):59-74.
14. Rizeq MN, Van De Rijn M, Hendrickson MR, Rouse RV. A comparative immunohistochemical study of the uterine smooth muscle neoplasms with emphasis on the epitheloid variant. *Human Path* 1994;25:671-7.