



Miomatosis uterina en cérvix residual

Edgar Germán Flórez Peña,* Ana Milena Angarita Africano,** Byron Cardoso Medina,*** Mónica Medina,**** Rocio del Pilar López¹

RESUMEN

Los miomas parásitos son infrecuentes y de causa incierta. Surgen a partir de un mioma que se separa del útero y se adhiere a una superficie extrauterina en busca de un nuevo aporte vascular. Hace poco se sugirió que se forman a partir de fragmentos uterinos o de miomas que quedan en la cavidad abdomino-pélvica después de fragmentación por lo que se les llama "iatrogénicos". Los cirujanos deben tener en cuenta la reciente aparición de esta complicación relacionada con el aumento en la frecuencia de los procedimientos laparoscópicos. Se recomienda inspeccionar cuidadosamente la cavidad abdominal y hacer un lavado exhaustivo. Se reporta el caso de una paciente con miomas iatrogénicos parásitos que aparecieron seis años después de la histerectomía laparoscópica supracervical en la que se utilizó morcelador.

Palabras clave: miomas, leiomioma parásito, mioma iatrogénico, histerectomía, morcelador.

ABSTRACT

Parasitic myomas are rare and their ethiopathogenesis is uncertain. They may develop from a detached fibroid adhering to an extrauterine surface in order to obtain new blood supply. It has been stated that they form from uterine or myoma fragments left behind after morcellation in the abdominopelvic cavity and thus are called "iatrogenic". Surgeons must be aware of this recently reported complication related to the increasing number of laparoscopic procedures. Thorough inspection and washing of the abdominal cavity are recommended. A case of a patient with iatrogenic parasitic myomas, which appeared six years after a laparoscopic supracervical hysterectomy involving a morcellator, is reported.

Keywords: Fibroid, parasitic leiomyoma, iatrogenic myoma, hysterectomy, morcellator.

RÉSUMÉ

Parasites fibromes sont rares et de cause incertaine. Ils découlent d'un fibrome qui se sépare de l'utérus et se fixe à un endroit hors de l'utérus à la recherche d'un approvisionnement en sang nouveau. Récemment, il a été suggéré que les fragments formés à partir de fibromes utérins ou restant dans la cavité abdomino-pelvienne après fragmentation sont donc appelés 'iatrogène'. Les chirurgiens doivent tenir compte de la récente apparition de cette complication liée à la fréquence accrue des procédures laparoscopiques. Soigneusement vérifier soigneusement la cavité abdominale et faire un nettoyage complet. Nous rapportons le cas d'un patient ayant des fibromes iatrogènes parasites qui sont apparus six ans après l'hystérectomie laparoscopique supracervicale dans lequel morcellateur utilisé.

Mots-clés: fibromes, fibromes parasite des fibromes iatrogène, l'hystérectomie, morcellateur.

RESUMO

Parasitas miomas são raros e de causa desconhecida. Eles surgem de um mioma que se separa do útero e atribui a uma área fora do útero, em busca de um suprimento de sangue novo. Recentemente foi sugerido que os fragmentos formados a partir de miomas uterinos ou que permanecem na cavidade, após a fragmentação abdominopelvic assim chamados iatrogênica. Os cirurgiões devem ter em conta a recente ocorrência desta complicação relacionada com o aumento da freqüência de procedimentos laparoscópicos. Cuidadosamente verifique cuidadosamente a cavidade abdominal e fazer uma limpeza completa. Relatamos um caso de um paciente com miomas iatrogênicas parasitas que apareceu seis anos depois de histerectomia laparoscópica supracervical em que morcelador usado.

Palavras-chave: miomas, miomas leiomioma parasita iatrogênica, histerectomia, morcelador.

Los miomas parásitos son un fenómeno patológico poco común. En 1909, Kelly y Cullen los describieron por primera vez.¹ Se consideraban una variante de los miomas pediculados subserosos, que pierden su aporte vascular a causa de la torsión de su pedículo uterino, por lo que se adhieren a las estructuras vecinas para neovascularización.² Se les asocia con antecedentes de histerectomía o miomectomía por laparoscopia en las que se ha utilizado morcelador.³⁻¹⁰ Se describe el caso de una mujer con miomas parásitos iatrogénicos seis años después de una histerectomía laparoscópica supracervical.

CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años, con dos embarazos previos a término por cesárea, con antecedente de hipertensión arterial crónica, síndrome antifosfolípido y apendicectomía, que acudió a consulta por menorragia. La ecografía transvaginal reveló un mioma intramural izquierdo (diámetro mayor de 3.6 cm). Debido a falla en el tratamiento médico se consideró el tratamiento quirúrgico con histerectomía supracervical laparoscópica, en la que se utilizó un morcelador para remover el útero. A los dos días del postoperatorio se dio de alta sin complicaciones.

La paciente acudió a nuestra institución seis años después por sangrado vaginal de tres meses de evolución. La ecografía transvaginal mostró masas pélvicas sólidas de

77 × 65 mm y 82 × 54 mm en continuidad con el remanente uterino. La tomografía mostró una masa pélvica, ovalada, sólida, de contornos bien definidos y sin patrón infiltrativo. La masa de mayor tamaño (77 × 65 × 68 mm de diámetro) se relacionaba con el anexo izquierdo; la otra masa estaba localizada en la región anexial derecha en relación con el remanente cervical. Ambas masas tenían característica bilobulada (diámetros de 82 × 54 × 58 mm). El CA-125 y el antígeno carcinoembriionario se reportaron con valores normales. La paciente se valoró en el servicio de Ginecología-oncológica, donde se consideró, con base en las imágenes y por sospecha de un tumor sólido de ovario, que debía realizarse laparotomía. Ésta confirmó la masa dura, regular, de 6 cm, dependiente del cuello uterino al lado derecho y otra masa de 7 cm irrigada por el meso del colon y epiplón al lado izquierdo. Se realizaron traquelectomía y resección de las masas. Salió del hospital al segundo día postoperatorio sin complicaciones.

Los resultados intraoperatorios se correlacionaron con los histopatológicos; ambos especímenes se consideraron leiomiomas. Se realizó un estudio histopatológico a tres masas ovoides que pesaban, en conjunto, 266 gramos. La mayor media 8 × 7.5 × 4 cm y la menor 2 × 1 × 0.5 cm. En la microscopía de luz se identificó: lesión fusocelular mesenquimal donde las células tumorales se disponían en fascículos entrelazados de células de núcleos ondulados, citoplasma alargado rosado, sin atipia, muy ocasionales mitosis entre 0-1 × 10 campos de gran aumento, áreas de mayor densidad celular, sin necrosis.

Debido a la lesión tumoral mesenquimal en una localización inusual, se planteó diagnóstico diferencial con tumores de origen muscular liso (leiomioma y sus variantes), tumores estromales extragastrointestinales y, menos probables, sarcomas de estroma uterino.

Los estudios de inmunohistoquímica demostraron fenotipo de músculo liso con reactividad de las células tumorales para marcadores actina muscular específica, actina muscular lisa y desmina, que fueron negativas para CD34 y CD117 (C-kit), con un índice de proliferación celular determinado con ki67 menor de 1%.

DISCUSIÓN

Los miomas uterinos aparecen en 25% de las mujeres en edad reproductiva y se reportan como resultado patológico en 80% de los úteros removidos quirúrgicamente.^{11,12} Los

* Residente de cuarto año. Universidad del Bosque. Bogotá, Colombia.

** Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

*** Jefe de sección Cirugía Mínimamente Invasiva. Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

**** Jefe de sección Ginecología-Oncológica. Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

¹ Jefe de sección Patología. Departamento de Patología. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Dr. Byron Cardoso Medina. Cra. 18 88-17 Cons. 202. Santa Fe de Bogotá D.C., Colombia. Correo electrónico: bcardosom@hotmail.com

Recibido: 25 de enero 2012. Aceptado: 17 de mayo 2012.

Este artículo debe citarse como: Flórez-Peña EG, Angarita-Africano AM, Cardoso-Medina B, Medina M, López RP. Miomatosis uterina en cérvix residual. Ginecol Obstet Mex 2012;80(10):659-662.

miomas parásitos son una entidad rara; pocos casos se han descrito en la bibliografía.⁸ Los miomas uterinos tienen una tasa de recurrencia de 22 a 62%, mientras que en la bibliografía no se ha reportado recurrencia de miomas parásitos.¹³

Se han propuesto dos teorías relacionadas con su patogénesis. La primera establece su origen a partir de miomas subserosos pediculados que han perdido su aporte vascular y se adhieren y nutren de estructuras adyacentes.^{1,2} La segunda teoría, más reciente, considera que surgen a partir de la siembra de fragmentos de miomas cuando se utiliza morcelador durante miomectomías o histerectomías.^{3-10,14} Esto puede explicar la caída de pequeños fragmentos no retirados ni aspirados que se adhieren a cualquier tejido en la cavidad peritoneal. El 0.57% de las histerectomías subtotales genera retención de fragmentos.¹⁴ También se ha reportado su posible origen a partir de metaplasia peritoneal.¹⁵

Ostrzenski reportó un caso de crecimiento de fragmento de leiomioma en una incisión previa en la pared abdominal, posterior a miomectomía por laparoscopia. El fragmento habría sido abandonado inadvertidamente en la pared abdominal posterior a la remoción del mioma a través de un trocar.³ LaCoursiere y su grupo reportaron un caso de retención de fragmentos de origen uterino y cervical en las paredes de la pelvis que quedaron dentro de la cavidad después de una histerectomía laparoscópica total en la que se utilizó morcelador.¹⁶ Kho y sus coautores reportaron 12 casos de pacientes con miomas intraperitoneales y retroperitoneales no relacionados con el útero, de los que 50% (seis de doce) tenían antecedente de miomectomía por laparoscopia en la que se utilizó morcelador y dos tenían antecedente de histerectomía. La mayor parte de los miomas en esta serie de casos (93%, 14 de 15) se encontraban en la pelvis.⁸ Estos resultados correlacionan con el antecedente de histerectomía laparoscópica supracervical encontrado en el caso reportado, en el que se utilizó morcelador para extraer el útero. Los miomas encontrados, también, se ubicaban en la pelvis, como se describe con mayor frecuencia en la bibliografía.^{8,14}

Esta afección se asocia con miomas uterinos, antecedente de fragmentación del útero, miomas,⁸ antecedente de cirugía laparoscópica y obesidad. La obesidad dificulta la exploración de la cavidad abdominopélvica en los procedimientos laparoscópicos.⁹

El intervalo entre la histerectomía laparoscópica supracervical y la laparotomía en la que se realizó el diagnóstico

de miomas parásitos fue de seis años, tiempo similar al reportado por Cucinella y su grupo en los que había un intervalo de más de dos años desde la cirugía en 73% de los pacientes.¹⁷ Los miomas parásitos deben diferenciarse de la leiomiomatosis peritoneal diseminada, caracterizada por múltiples nódulos subperitoneales y peritoneales, de diferentes tamaños en el omento y superficies peritoneales, diferente de nuestro caso, en el que había dos masas: una derecha relacionada con el cérvix residual y la otra izquierda irrigada por el meso del colon.¹⁸

La ecografía, tomografía y resonancia magnética ayudan al diagnóstico, pero éste es incidental durante la cirugía en muchos casos.⁸ Los miomas iatrogénicos pueden ser asintomáticos o manifestarse mediante dolor, estreñimiento, disquexia, mayor frecuencia urinaria o dolor en el cuadrante inferior derecho, de acuerdo con la localización del mioma.^{8,17} Nuestra paciente sufrió sangrado vaginal similar a lo reportado en la bibliografía dentro del algoritmo diagnóstico que incluyó ecografía y tomografía.

El creciente número de procedimientos por vía laparoscópica implica que los cirujanos deban tener en cuenta que este abordaje se asocia con miomas iatrogénicos parásitos y que el riesgo aumenta cuando se usa un morcelador. Se considera que cuando los fragmentos se abandonan en la cavidad abdominal, se reabsorben; pero hay evidencia de que algunos se implantan y crecen. A pesar de que los miomas iatrogénicos parásitos son infrecuentes, deben considerarse en el diagnóstico diferencial de masas de pacientes con historia previa de histerectomía o miomectomía con morcelador. Para disminuir esta complicación se recomienda realizar una inspección cuidadosa y un exhaustivo lavado de la cavidad abdominal y pélvica, y extraer completamente los fragmentos.

REFERENCIAS

1. Kelly HA, Cullen TS. *Myomata of the uterus*. Philadelphia (PA): WB Saunders; 1909.p. 13.
2. Brody S. Parasitic fibroid. *Am J Obstet Gynecol* 1953;65:1354-1356.
3. Ostrzensky A. Uterine leiomyomata particle growing in an abdominal-wall incision after laparoscopic retrieval. *Obstet Gynecol* 1997;89:853-854.
4. Paul PG, Koshy AK. Multiple peritoneal parasitic myomas after laparoscopic myomectomy and morcellation. *Fertil Steril* 2006;85:492-493.
5. Sinha R, Sundaram M, Mahajan C, Sambhus A. Multiple leiomyomas after laparoscopic hysterectomy: report of two cases. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:123-127.

6. Takeda A, Mori M, Sakai K, Mitsui T, Nakamura H. Parasitic peritoneal leiomyomatosis diagnosed 6 years after laparoscopic myomectomy with electric tissue morcellation: report of a case and review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:770-775.
7. Kumar S, Sharma JB, Verma D, Gupta P, Roy KK, Malhotra N. Disseminated peritoneal leiomyomatosis: an unusual complication of laparoscopic myomectomy. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278:93-95.
8. Kho KA, Nezhat C. Parasitic myomas. *Obstet Gynecol* 2009;114:611-615.
9. Larrain D, Rabischong B, Khoo CK, Botchorishvili R, Canis M, Mage G. "Iatrogenic" parasitic myomas: unusual late complication of laparoscopic morcellation procedures. *J Minim Invasive Gynecol* 2010;17:719-724.
10. Nezhat C, Kho K. Iatrogenic myomas: new class of myomas? *J Minim Invasive Gynecol* 2010;17:544-550.
11. Buttram VC Jr, Reiter RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management. *Fertil Steril* 1981;36:433-445.
12. Cramer SF, Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. *Am J Clin Pathol* 1990;94:435-438.
13. Hanafi M. Predictors of leiomyoma recurrence after myomectomy. *Obstet Gynecol* 2005;105:877-881.
14. Donnez O, Squifflet J, Leconte I, et al. Posthysterectomy pelvic adenomyotic masses observed in 8 cases out of a series of 1405 laparoscopic subtotal hysterectomies. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14:156-160.
15. Vaquero ME, Magrina JF, Leslie KO. Uterine smooth-muscle tumors with unusual growth patterns. *J Minim Invasive Gynecol* 2009;16:263-268.
16. LaCoursiere DY, Kennedy J, Hoffman CP. Retained fragments after total laparoscopic hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol* 2005;12(1):67-69.
17. Cucinella G, Granese R, Calagna G, Somigliana E, Perino A. Parasitic myomas after laparoscopic surgery: an emerging complication in the use of morcellator? Description of four cases. *Fertil Steril* 2011;96(2):e90-6. Epub 2011 Jun 29.
18. Al-Talib A, Tulandi T. Pathophysiology and possible iatrogenic cause of leiomyomatosis peritonealis disseminata. *Gynecol Obstet Invest* 2010;69(4):239-244. Epub 2010 Jan 12.