



Leiomomatosis peritoneal. Caso tratado mediante laparoscopia

RESUMEN

La leiomomatosis peritoneal diseminada es poco frecuente, de etiología desconocida, que se caracteriza por múltiples nódulos en torno a la pelvis y abdomen, compuestos principalmente de fibra muscular lisa. El primer caso descrito data de 1952 en un trabajo de Willson y Peale aunque fue Taubert en 1965 quien primeramente la identificó como una patología en sí misma. Actualmente se pueden encontrar alrededor de 100 casos descritos en la bibliografía. Presentamos un caso clínico resuelto por vía laparoscópica y posterior tratamiento con análogos de la GnRH.

Palabras clave: leiomomatosis peritoneal, laparoscopia, caso clínico, músculo liso.

Luis Alonso-Pacheco
Miguel Rodrigo-Olmedo

Centro Gutenberg, Málaga, España.

Leiomyomatosis peritonealis disseminate. Laparoscopic management

ABSTRACT

Leiomyomatosis peritonealis disseminate constitutes a rare pathology of an unknown etiology. It is characterized by the appearance of multiple pelvic and abdominal nodules, which are basically composed of smooth muscle. The first case was published in 1952 by Wilson and Peale although was Tubert, in 1965, the first who identified this disease as a pathology. Currently, around 100 cases can be found in literature. We present, as far as we know, the first case resolved by laparoscopic technique plus gonadotropin-releasing hormone agonist therapy.

Key words: Leiomyomatosis peritonealis disseminate, Clinical case, laparoscopy, smooth muscle

Recibido: noviembre 2013

Aceptado: febrero 2014

Correspondencia

Dr. Luis Alonso-Pacheco
Gutenberg 1
29016 Málaga, España
luisalonso2@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Alonso-Pacheco L, Rodrigo-Olmedo M. Leiomyomatosis peritoneal. Caso tratado mediante laparoscopia. Ginecol Obstet Mex 2014;82:350-353.



CASO CLÍNICO

Paciente nuligesta, de 34 años de edad, sin antecedentes familiares relevantes, de los personales sólo miomectomía por laparotomía. Las revisiones posteriores resultaron normales. A los cuatro años posquirúrgicos se apreció una formación sólida de 4 cm de diámetro, dependiente del ovario derecho y otras dos formaciones compatibles con miomas pediculados que ocupaban el saco de Douglas, de aproximadamente 2 cm cada una. Por medio de laparoscopia se realizó una anexectomía derecha y exéresis de los dos nódulos peritoneales. El informe del estudio anatomopatológico fue: leiomiomatosis peritoneal difusa.

En una revisión posterior, realizada en nuestro centro, se apreció una formación compatible con mioma, de 12 mm, y otras en torno al saco de Douglas, de 23 mm. Esas formaciones crecieron rápidamente hasta alcanzar 7 cm y comenzaron a tornarse sintomáticas. De nuevo se planteó la opción quirúrgica, posterior al tratamiento médico con supresión hormonal. Durante la laparoscopia se efectuó la miomectomía del mioma intraovárico de 5 cm y exéresis de otros 8 nódulos peritoneales de entre 3, 5 y 7 centímetros de diámetro y de incontables nódulos menores de 2 cm de diámetro. El diagnóstico anatomopatológico fue: nódulos de leiomiomatosis peritoneal. Se planteó el tratamiento posquirúrgico con análogos de la GnRH durante seis meses. En la siguiente exploración y ecografía no hubo nada anormal.

DISCUSIÓN

La leiomiomatosis peritoneal diseminada es un padecimiento raro, de causa desconocida, que se caracteriza por la coexistencia de múltiples nódulos en torno a la pelvis y abdomen, compuestos principalmente de fibra muscular lisa.¹

Al parecer esos nódulos se producen como consecuencia de la acción hormonal en las células pluripotenciales mesenquimales. Este estímulo hormonal induce la metaplasia en esas células que da lugar a miofibroblastos, responsables de la formación de los nódulos en la leiomiomatosis peritoneal diseminada.² La teoría de la acción hormonal en las células pluripotenciales mesenquimales explica que la leiomiomatosis peritoneal puede encontrarse en asociación con otras afecciones de posible origen histológico, como la deciduosis, endometriosis y gliomatosis peritoneal.^{3,4}

La teoría del trasfondo hormonal se sustenta en la aparición casi exclusiva en mujeres premenopáusicas, relacionada con el embarazo, anticoncepción hormonal oral y asociación con tumores de la granulosa, también se han descrito casos relacionados con la terapia hormonal sustitutiva o de estimulación ovárica. En algunos casos, como el aquí reportado, no se encontró relación con concentraciones hormonales aumentadas e, incluso, está descrito un caso en una paciente posmenopáusica.

Desde la perspectiva macroscópica se observaron múltiples nódulos bien definidos, de aspecto firme, coloración blanquecina y tamaño variable desde 0.5 milímetros hasta varios centímetros. Pueden afectar a distintas estructuras: peritoneo parietal, visceral, epiplón, ligamento ancho, útero y ovarios.⁵ Y desde la microscópica se evidenciaron nódulos formados por proliferaciones fasciculadas de miocitos lisos maduros, con aislados núcleos atípicos (Figura 1C) y sin figuras de mitosis. Algunos nódulos tenían focos de degeneración hialina (Figura 1D). Con base en esos hallazgos se estableció el diagnóstico patológico de leiomiomatosis peritoneal diseminada. (Figuras 2 y 3)

Los síntomas clínicos de la leiomiomatosis peritoneal diseminada derivan de la compresión

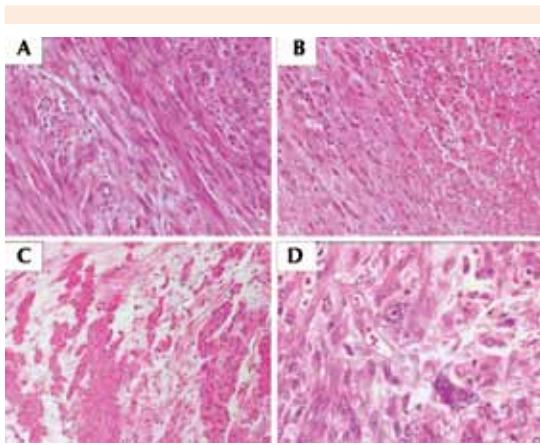


Figura 1. Tinción con hematoxilina-eosina. (A y B) A mediano aumento (20x) se observa mayor detalle de las células musculares lisas que conforman los nódulos peritoneales, caracterizados por citoplasmas amplios eosinófilos. (C) En algunos nódulos se observan áreas de degeneración mixoide. (D) A gran aumento (40x) pueden evidenciarse células aisladas de núcleos atípicos con mediano pleomorfismo que no denotan malignidad.

de las estructuras vecinas por el crecimiento de las formaciones nodulares, que dan lugar a molestias inespecíficas, síntomas de compresión intestinal y vesical y cerca de los uréteres.

El diagnóstico se sustenta en un hallazgo durante una revisión o cirugía abdominal, una cesárea o cirugía ginecológica. Los estudios de imagen

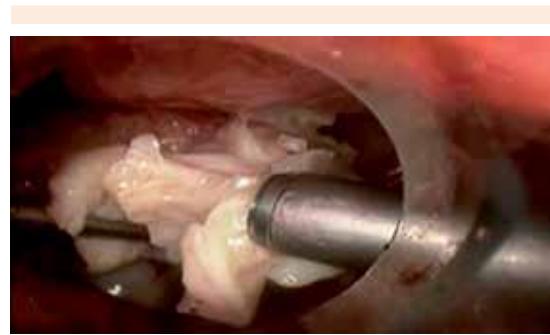


Figura 3. Detalle de la morcelación laparoscópica.

complementarios incluyen: ecografía y resonancia magnética, que permiten apreciar en el abdomen masas con intensidad de señal similar a las del útero en T1 y con baja intensidad de señal en T2, debido a su componente de músculo liso (Figura 4).⁵ Es necesario tener en cuenta que, a veces, en los estudios de imagen la leiomiomatosis peritoneal diseminada puede simular una carcinomatosis peritoneal.

Durante el seguimiento en algunas pacientes con esta afección se ha encontrado un leiomirosarcoma asociado. Los datos apuntan a que se trata de dos entidades coincidentes, más que a una degeneración de la leiomiomatosis peritoneal diseminada en leiomiosarcoma. Aun así hacen falta más estudios que aclaren este enigma.²



Figura 2. Visión laparoscópica de la miomatosis peritoneal. Los nódulos de fibra muscular se observan de distintos tamaños.

Con respecto al tratamiento de la leiomiomatosis peritoneal diseminada se carece de protocolos de actuación, parece claro que depende de la edad de la paciente y de su deseo genésico. Se han descrito varios casos de regresión espontánea de la leiomiomatosis peritoneal diseminada al ceder el estímulo hormonal desencadenante del cuadro.⁶ Por esto la conducta terapéutica inicial es la suspensión del tratamiento hormonal, finalizar la gestación, extirpar el tumor ovárico hormonalmente activo o, en su caso, indicar análogos o la castración quirúrgica.



Figura 4. Visión ecográfica de los diferentes nódulos. En este corte se aprecian seis de distinto tamaño. El diámetro transverso máximo es de 10.3 cm y ocupa por completo el espacio de Douglas.

La opción quirúrgica es para los casos sin regresión con las medidas señaladas. A pesar de estos casos descritos de leiomiosarcoma, creamos que no es necesario un abordaje agresivo de la leiomiomatosis peritoneal diseminada que incluya la histerectomía con doble anexectomía. De acuerdo con Herrero y su grupo⁷ la exéresis de los nódulos, sin más terapia adyuvante, es el tratamiento recomendado. El tratamiento en-

oscópico es la técnica de elección porque es una opción poco agresiva que permite acceder a zonas que por vía laparotómica resultarían más difíciles de visualizar y la opción de magnificación de la imagen permite ver nódulos de tamaño muy pequeño.

REFERENCIAS

1. Altinokk G, Usubüntü A, Küçükali T. Disseminated peritoneal leiomyomatosis. Arch Gynecol Obstet 2000;264:54-55.
2. Bekkers R, Willemsen W, Schijf C, Massuger L, et al. Leiomyomatosis peritonealis disseminata: does malignant transformation occur? A literature review
3. Clement PB. Tumours of the peritoneum. In: Fletcher CDM (ed.) Diagnostic Histopathology of the tumors, 2nd ed. London: Churchill Livingstone, 2000;839-60.
4. Surmacki P, Sporny S, Tosiak A, Lasota J. Disseminated peritoneal leiomyomatosis coexisting with leiomyoma of the uterine body. Arch Gynecol Obstet 2006;273:301-303.
5. Fulcher A, Szucs R. Leiomyomatosis peritonealis disseminata complicated by sarcomatous transformation and ovarian torsion: presentation of two cases and review of the literature. Abdominal Imaging 1998;23:640-644.
6. Bristow R, Montz F. Leiomyomatosis peritonealis disseminata and ovarian Brenner tumor associated with tamoxifene use. Int J Gynecol Cancer 2001;11:312-315.
7. Herrero J, Kamali P, Kirschbaum M. Leiomyomatosis peritonealis disseminata associated with endometriosis: a case report and literature review. Eur J Obstetrics Gynecol Reprod Biology 1998;76:189-191.