



Leiomioma quístico gigante que simula una tumoración ovárica. Reporte de un caso

Vega-Ruiz FJ,¹ Barceló-Mancillas DA,² Gutiérrez-de la Vega D,³ Zárate HL⁴

Resumen

ANTECEDENTES: el leiomioma uterino es el tumor benigno más frecuente en mujeres en edad fértil que puede ser asiento de fenómenos de degeneración y causa de confusión o error en el diagnóstico.

CASO CLÍNICO: paciente de 48 años de edad que ingresó por antecedente de dolor en el hipogastrio, con irradiación hacia ambas fosas y flancos e incremento del perímetro abdominal. En la revisión inicial el abdomen se encontró "globoso", con tumoración dependiente de hueco pélvico, que va desde la sínfisis del pubis hasta debajo de la cicatriz umbilical, de consistencia sólida, bordes regulares, móvil. En la exploración ginecológica, a la palpación bimanual, no se logró delimitar el fondo uterino, ni el origen de la tumoración. Los estudios paraclínicos solicitados, incluidos los marcadores tumorales, se reportaron normales. El ultrasonido abdómino-pélvico reportó que el útero estaba normal, con una gran tumoración de forma redonda, márgenes lisos y debidamente delimitados, compatibles con cistoadenoma, sin que se haya determinado el lado de ubicación de la lesión. En la laparotomía exploradora se observó que el útero medía 22 x 16 cm, con un mioma con probable degeneración quística en la cara anterior, anexos de aspecto macroscópicamente normales, sin líquido libre; se realizó histerectomía abdominal total.

CONCLUSIÓN: se demuestra que a pesar de que el leiomioma tiene unas imágenes típicas en la mayor parte de los casos, cuando hay cambios degenerativos estos pueden asemejar una tumoración quística ovárica, por ello deben considerarse en el diagnóstico diferencial de las masas anexiales.

PALABRAS CLAVE: útero, leiomioma, degeneración quística.

Ginecol Obstet Mex. 2017 May;85(5):325-330.

Giant cystic leiomyoma that mimics an ovarian tumor. Report a case.

Vega-Ruiz FJ,¹ Barceló-Mancillas DA,² Gutiérrez-de la Vega D,³ Zárate HL⁴

Abstract

BACKGROUND: The fibroid or uterine fibroid is the most frequent benign tumor in women of childbearing age, with relative frequency, leiomyoma may be the site of degenerative phenomena, which may lead to confusion or error in diagnosis.

¹ Jefe del Departamento de Ginecología.

² Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.

³ Médico adscrito al Departamento de Patología.

⁴ Residente de tercer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, México.

Recibido: febrero 2017

Aceptado: marzo 2017

Correspondencia

Dr. Horacio Luis Zárate
horacio-67@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Vega-Ruiz FJ, Barceló-Mancillas DA, Gutiérrez-de la Vega D, Zárate HL. Leiomioma quístico gigante que simula una tumoración ovárica. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2017 mayo;85(5):325-330.

CASE REPORT: A 48-year-old female, admitted to our service by the emergency department for a history of hypogastric pain radiating to both pits and flanks and an increase in the abdominal perimeter for a month. And medium, negates weight loss, no history of chronic-degenerative diseases, or surgical. On abdominal examination, "globose" at the expense of adipose panicle and pelvic egg-dependent tumor, extending from symphysis pubis to below umbilical scar, solid consistency, regular edges, mobile, soft abdomen, not found. Data of peritoneal irritation, during gynecological examination, external genitalia normal to speculum is found, mobile eutrophic cervix, non-painful, without endophytic or exophytic lesions, free sack bottoms, biimanual palpation is not possible to delimit uterine fundus or origin of The tumor, the results of requested paraclinics, including blood count, blood chemistry, liver function tests, coagulation tests and ovarian tumor markers were normal. The abdomino-pelvic ultrasound reports a normal uterus, well delimited margins, size 59 x 35 mm, with endometrium of 7 mm, as well as the presence of a large round-shaped tumor, the margins are smooth and well delimited, this lesion Presents liquid content with internal echoes, in addition to the presence of septa some up to 4 mm thick. Color Doppler is applied and there is only evidence of some thin vessels in peripheral form, the septa do not reveal vascularity, being compatible as first choice, with a cystadenoma, without being able to determine which side is the lesion. In the exploratory laparotomy, a 22 x 16 cm uterus is observed, with presence of myoma with probable cystic degeneration in the anterior face, macroscopically normal appendages, no free fluid is observed, total abdominal hysterectomy is performed.

CONCLUSION: Our case shows that, although the myoma presents typical images in most cases, when there are degenerative changes that distort the normal structure of the tumor, it may resemble an ovarian cystic tumor, and should therefore be Considered within the differential diagnosis of the adnexal masses.

KEY WORDS: Uterus; Leiomioma; Cystic degeneration

¹ Jefe del Departamento de Ginecología.

² Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.

³ Médico adscrito al Departamento de Patología.

⁴ Residente de tercer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, México.

Correspondence

Dr. Horacio Luis Zárate
horacio-67@hotmail.com

ANTECEDENTES

El mioma o fibroma uterino es el tumor benigno más frecuente en mujeres en edad fértil.^{1,2} La edad parece ser el principal factor pronóstico a considerar, lo mismo que el origen étnico.³

La clasificación vigente de los miomas uterinos es la de FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) 2011 de los sangrados uterinos anormales. En la clasificación PALM (Polyp, Adenomyosis, Leiomyoma, Malignancy)

los miomas uterinos se clasifican en nueve categorías de 0 a 8 en función de su localización en relación con el miometrio.³

Es difícil establecer con exactitud la incidencia real del leiomioma porque frecuentemente es asintomático. Su prevalencia se estima en 12-25% en mujeres en edad reproductiva, pues en 80% de las piezas de histerectomía se encuentra un mioma.^{4,5} Los estudios concuerdan en el hecho de que la incidencia de fibromas aumenta con la edad de las mujeres antes de la menopau-



sia.⁶⁻⁸ Los estudios prospectivos encuentran, en mujeres fértiles, 7-40% de miomas que remiten en un lapso de entre 6 meses y 3 años. Los límites de crecimiento medio de un mioma son de 1 a 2 cm en un lapso de 2.5 años, sin embarazo intermedio.^{9,10}

El leiomioma casi siempre se localiza en el cuerpo uterino, a veces (1-2%) en el cuello uterino (mioma cervical) y de manera excepcional se extiende hacia los ligamentos anchos, desdoblando sus dos hojas peritoneales (mioma intraligamentario).¹¹

CASO CLÍNICO

Paciente de 48 años de edad, que ingresó al servicio de Urgencias debido a dolor en el hipogastrio, con irradiación hacia ambas fosas y flancos, con aumento del perímetro abdominal desde hacía 45 días. Negó haber perdido peso y tener antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas o haber sido intervenida quirúrgicamente. Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 14 años de edad (ciclos menstruales 28 x 5), tres embarazos e igual número de partos.

La exploración física reportó: cifras tensionales de 130-85 mmHg, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, temperatura 36.5 °C, peso de 88 kg, talla 165 cm, IMC 32.35.

La paciente estaba consciente, orientada, sin afecciones cardiopulmonares, abdomen "globoso" a expensas del panículo adiposo y tumoración dependiente de hueso pélvico que se extendía desde la sínfisis del pubis hasta debajo de la cicatriz umbilical, de consistencia sólida, de bordes regulares, móvil, abdomen blando. Durante la exploración ginecológica no se encontraron datos de irritación peritoneal; los genitales externos se observaron normales a

la especuloscopia, el cuello uterino eutrófico móvil, no doloroso, sin lesiones endofíticas o exofíticas, fondos de saco libres. A la palpación bimanual no se logró delimitar el fondo uterino ni el origen de la tumoración. Los resultados de los estudios paraclínicos: biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático y pruebas de coagulación resultaron normales. Valores de los marcadores tumorales: antígeno CA 125: 19.70 U/mL; antígeno carcinoembrionario: 0.71 ng/mL; alfa feto proteína: 3.98 ng/mL, todos en límites de normalidad

El ultrasonido abdominopélvico reportó: útero en situación habitual, márgenes debidamente delimitados de 59 x 35 mm, con endometrio de 7 mm (**Figura 1**). Se encontró una gran tumoración de forma redonda, márgenes lisos y bien delimitados, con contenido líquido y ecos internos; además, septos, algunos incluso de 4 mm de grosor (**Figura 2**). El doppler color solo evidenció algunos vasos delgados en forma periférica y los septos no revelaron vascularidad. La primera opción es compatible con un cistoadenoma, sin poder determinar de qué lado estaba la lesión.

Ante la exploración, la clínica de la paciente, los resultados de los estudios paraclínicos y los hallazgos en las pruebas de imagen se progra-

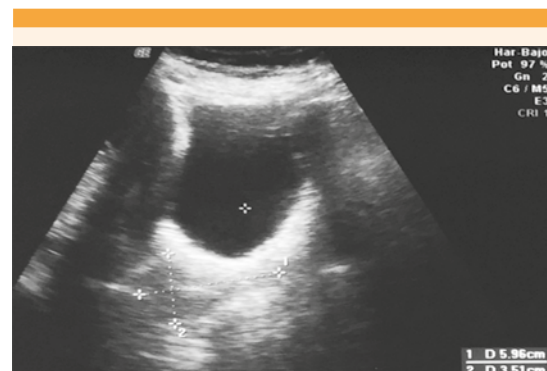


Figura 1. Ecografía abdominal: útero de 59 x 35 mm.

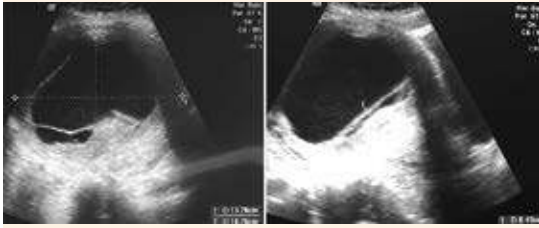


Figura 2. Ecografía abdominal que muestra una tumoración de predominio quístico, con septos.

mó para laparotomía exploradora. En ésta se encontró: útero de 20 x 16 cm, aproximadamente, con un mioma gigante, con probable degeneración quística (**Figura 3**). Ambos ovarios se observaron de aspecto macroscópico normal; se realizó histerectomía abdominal total, con cúpula cerrada.

Diagnóstico histopatológico

Endometrio proliferativo, leiomioma epitelioides atípico, con degeneración quística. Se sugirió la inmunohistoquímica para establecer el diagnós-

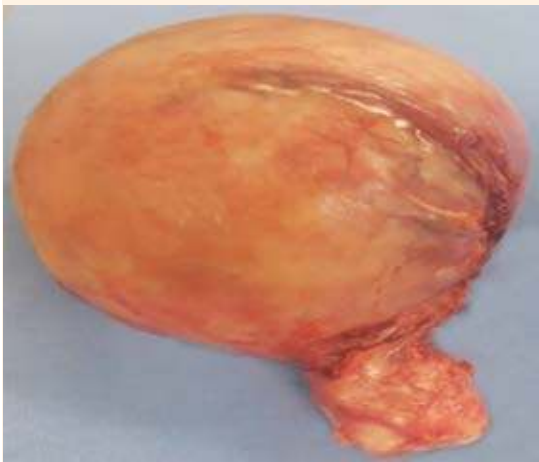


Figura 3. Útero con leiomioma y degeneración quística.

tico diferencial con leiomiosarcoma (**Figuras 4, 5, 6**), el reporte fue: leiomioma celular.

DISCUSIÓN

Los sistemas de regulación identificados para el crecimiento de los fibromas son, principalmente, los esteroides ováricos (estrógenos y progesterona), los factores de crecimiento y de angiogénesis y el proceso de apoptosis.^{1,2}



Figura 4. Aspecto externo, de morfología esférica, pieza quirúrgica al corte, con cavidad quística (Q) intramural, miometrio (M).



Figura 5. Haces de células fusocelulares de músculo liso, dispuestas en un patrón fasciculado.

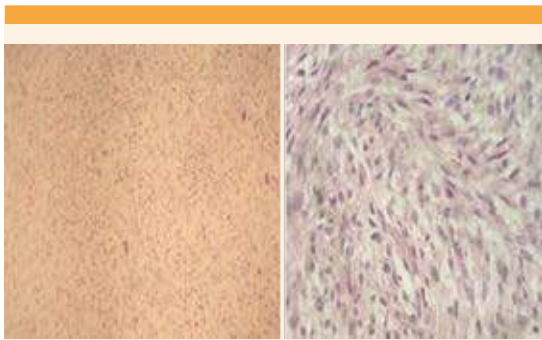


Figura 6. Detalle celular, con núcleos de bordes romos y citoplasma eosinófilo.

La vascularización del leiomioma se origina a partir de las arterias vecinas del miometrio y, generalmente, es pobre, por lo que son frecuentes los procesos de degeneración, como la hialina, quística, mixoide, roja y la calcificación distrófica.¹²⁻¹⁴

La degeneración quística puede considerarse un grado extremo de edema y se reporta en aproximadamente 4% de los miomas uterinos.¹⁵

En la mayoría de los casos el mioma se muestra con imágenes típicas, pero los cambios degenerativos pueden causar confusión al establecer el diagnóstico.

La técnica de imagen para el diagnóstico inicial es la ecografía, que es la menos invasora y la más costo-efectiva.^{12,16} Siempre es necesario asociar la vía abdominal porque evita que los miomas que no sean accesibles por vía vaginal pasen inadvertidos.¹⁷ El Doppler permite, además, valorar la vascularización de las tumoraciones.¹⁸

Para delimitar miomas la TAC no tiene gran utilidad porque no diferencia claramente el mioma del miometrio normal, a no ser que existan calcificaciones o necrosis.^{12,16,19}

La resonancia magnética es la mejor técnica actual para visualizar todos los miomas y su localización, pero su costo es elevado y su disponibilidad limitada.^{19,20} La utilización de gadolinio como contraste con esta prueba ha demostrado que permite diferenciar miomas degenerados de los que no lo están.^{21,22}

CONCLUSIÓN

El caso reportado demuestra que, a pesar de que el mioma tiene unas imágenes típicas en la mayor parte de los casos, cuando hay cambios degenerativos que distorsionan la estructura habitual de la tumoración, puede asemejar una tumoración quística ovárica y, por ello, deben considerarse parte del diagnóstico diferencial de las masas anexiales.

REFERENCIAS

1. Islam MS, Protic O, Giannubilo SR, Toti P, Tranquilli AL, Petraglia F, et al. Uterine leiomyoma: available medical treatments and new possible therapeutic options. *J Clin Endocrinol Metab* 2013;98:921-34.
2. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008;22: 571-88.
3. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;113:3-13.
4. Cramer SF, Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. *Am J Clin Pathol* 1990;94:435-9.
5. Downes E, Sikirica V, Gilbert-Estelles J, Bolge SC, Dodd SL, Maroulis C, et al. The burden of uterine fibroids in five European countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;152:96-101.
6. Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C, Schaeffers M, Gepfert K. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women. *BMC Womens Health* 2012;12:6.
7. Borgfeldt C, Andolf E. Transvaginal ultrasonographic findings in the uterus and the endometrium: low prevalence of leiomyoma in a random sample of women age 25-40 years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:202-7.
8. Chen CR, Buck GM, Courey NG, Perez KM, Wactawski-Wende J. Risk factors for uterine fibroids among women undergoing tubal sterilization. *Am J Epidemiol* 2001;153:20-6.
9. Ross RK, Pike MC, Vessey MP, Bull D, Yeates D, Casagrande JT. Risk factors for uterine fibroids: reduced risk

- associated with oral contraceptives. Br Med J (Clin Res Ed) 1986;293:359-63.
10. DeWaay DJ, Syrop CH, Nygaard IE, Davis WA, Van Voorhis BJ. Natural history of uterine polyps and leiomyomata. Obstet Gynecol 2002;100:3-12.
 11. D Rodriguez Morante, 2014 "Patología benigna del cuerpo uterino" en González-Merlo, J, González Bosquet, E. y González Bosquet, J. Ginecología. Barcelona: Elsevier.
 12. Aydin C, Eric S, Yalcin Y, Sen Selim H. A giant cystic leiomyoma mimicking an ovarian malignancy. Int J Surg Case Rep. 2013;4:1010-2.
 13. Low SCA, Chong CL. A case of cystic leiomyoma mimicking an ovarian malignancy. Ann Acad Med Singapore. 2004;33:371-4.
 14. Prayson RA, Hart WR. Pathologic considerations of uterine smooth muscle tumors. Obstet Gynecol Clin North Am. 1995;22:637-57.
 15. Cadron I, Leunen K, Van Gorp T, Amant F, Neven P, Vergote I. Management of borderline ovarian neoplasms. J Clin Oncol 2007;25:2928-37.
 16. McClucas B. Diagnosis, imaging and anatomical classification of uterine fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008;22:627-42.
 17. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Guías de práctica clínica. Ginecología general. Miomas uterinos (actualizada 2015).
 18. Hurley V. Imaging techniques for fibroid detection. Bailliere's Clin Obstet Gynaecol. 1998;12:213-24.
 19. Casillas J, Joseph RC, Guerra Jr JJ. CT appearance of uterine leiomyomas. Radiographics. 1990;10:999-1007.
 20. Dueholm M, Lundorf E, Hansen E, Ledertoug S, Olesen F. Accuracy of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in the diagnosis, mapping, and measurement of uterine myomas. Am J Obstet Gynecol. 2002;186:409-15.
 21. Segars JH, Parrott EC, Angel JD, Guo XC, Gao X, Bimbaum LS, et al. Proceedings from the Third National Institutes of Health International Congress on Advances in Uterine Leiomyoma Research: Comprehensive review, conference summary and future recommendations. Hum Reprod Update. 2014;20:309-33.
 22. Katsumori T, Nakajima K, Tokuhira M. Gadolinium-enhanced MR imaging in the evaluation of uterine fibroids treated with uterine artery embolization. Am J Roentgenol. 2001;177:303-7.

AVISO PARA LOS AUTORES

Ginecología y Obstetricia de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: **www.revisionporpares.com** podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.