

Tumores del músculo liso del útero de comportamiento no determinado. Comunicación de cuatro casos

Francisco Javier Miranda Castañón,* Seir Alfonso Cortés Cárdenas,** Beatriz Arcelia Ortega Meza,** Juan Alberto Tenorio Torres,* Yuseff Arturo Pedraza Alanís***

RESUMEN

Los leiomiomas son los tumores más frecuentes del útero; ocasionalmente son recurrentes y raramente producen metástasis; los leiomiomas de comportamiento incierto son raros. Se informa de cuatro casos de tumores voluminosos del músculo liso del útero: uno de ellos con ascitis y otro con gran ataque al estado general de la paciente; el diagnóstico inicial supuso que tres de ellos eran cáncer de ovario y que otro era sarcoma uterino. Los diámetros mayores de los tumores voluminosos medían entre 4.0 y 11.5 cm y los pesos variaban entre 2,100 y 1,000 g; en todos los casos fue posible la resección quirúrgica del tumor junto con la histerectomía; en un caso hubo una resección intestinal y una parcial de la vejiga, ya que estas partes se encontraban muy adheridas al tumor. El reporte histopatológico descartó malignidad, y el diagnóstico fue de leiomiomas. La evolución de las pacientes fue satisfactoria –sin complicaciones–, permanecen en control y no han tenido manifestaciones de actividad tumoral.

Palabras clave: leiomioma, leiomiosis, leiomyosarcoma.

ABSTRACT

Leiomyomas are the most common tumors of the uterus, leiomyomas occasionally recur and rarely metastasize, leiomyomas of uncertain behavior are rare. It is reported four cases of bulky tumors of the uterus smooth muscle: one with ascites and one with great malaise of the patient, the initial diagnosis was assumed that three of them ovarian cancer and another was sarcoma cancer. The larger diameter of bulky tumors measured between 4.0 and 11.5 cm and weights ranged between 2,100 and 1,000 g, in all cases it was possible surgical tumor resection with hysterectomy in one case there was a bowel resection and partial bladder, as these parties were very attached to the tumor. The pathological report ruled out malignancy, and the diagnosis was leiomyomas. The evolution of the patients was satisfactory, without complications, and they remain in control and have had no signs of tumor activity.

Key words: leiomyoma, leiomiosis, leiomyosarcoma.

* Médico cirujano oncólogo.
 ** Médico adscrito al servicio de Oncología Quirúrgica.
 *** Médico residente de Cirugía Oncológica.
 Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México, DF.

Correspondencia: Dr. Francisco Javier Miranda Castañón. Servicio de Oncología Quirúrgica, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Av. Coyoacán 524, esq. Félix Cuevas, colonia Del Valle, CP 03100, México, DF.

Recibido: diciembre, 2009. Aceptado: julio, 2010.

Este artículo debe citarse como: Miranda-Castañón FJ, Cortés-Cárdenas SA, Ortega-Meza BA, Tenorio-Torres JA, Pedraza-Alanís YA. Tumores del músculo liso del útero de comportamiento no determinado. Comunicación de cuatro casos. Rev Esp Med Quir 2010;15(4):257-260.

www.nietoeditores.com.mx

Aproximadamente 77% de las histerectomías, realizadas por cualquier causa, demuestran tener leiomiomas,¹ y de las neoplasias malignas del cuerpo uterino 3 a 7% corresponden a sarcomas, de los cuales el más frecuente es el leiomyosarcoma.² El diagnóstico entre leiomioma y leiomyosarcoma se establece con base en características macroscópicas y microscópicas. Las características macroscópicas sugestivas de malignidad de un tumor uterino del músculo liso incluyen: pérdida del patrón en espiral, que es típico del leiomioma; márgenes mal definidos; color amarillento, y ausencia de superficie abombada, cuando se realiza un corte sobre el tumor. En términos microscópicos, la actividad mitótica, la atipia

nuclear y la necrosis coagulativa del tumor se identifican como elementos fundamentales para diagnosticar leiomiomas. Los tumores del músculo liso de comportamiento no determinado tienen características microscópicas intermedias entre los leiomiomas y los leiomiomas; ocasionalmente recurren y raramente producen metástasis.²

COMUNICACIÓN DE LOS CASOS

Exponemos cuatro casos de pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Oncología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre (ISSSTE); la impresión diagnóstica inicial –basada en los datos de la historia clínica, en la TAC abdominopélvica, en el ultrasonido pélvico y en los hallazgos quirúrgicos– sugirió sarcoma uterino en un caso y cáncer de ovario en los restantes. Sin embargo, el estudio histopatológico definitivo de las piezas quirúrgicas no demostró datos de malignidad.

Caso 1

Paciente femenina de 48 años de edad, con obesidad exógena desde el nacimiento. Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia 14 años, ciclos 3/28, inicio de vida sexual activa: 17 años, una pareja sexual, G4, A2, P2 y C0. Tuvo malestar intestinal, dispepsia, así como aumento del diámetro abdominal y dolor tipo cólico, con escala visual analógica intermitente de 4/10, de 10 meses de evolución. A la exploración física, ECOG 1 y tumor palpable en la fosa iliaca derecha; el tumor –que se extendía hasta el flanco ipsilateral– era multinodular, poco móvil y de bordes irregulares; maniobras positivas para líquido de ascitis, vulva y vagina de características normales y cuello uterino posterior; no fue posible palpar anexos y sin tumor palpable al tacto rectal. La TC abdominopélvica mostró dos imágenes de bordes regulares: una de ellas –localizada hacia el borde medial del bazo, de 8 X 10 cm– desplazaba el riñón izquierdo y el páncreas; la otra –localizada en el mesogastrio y la fosa iliaca derecha– de 13.4 X 12.6 X 12 cm. La determinación de CA-125 fue de 64.87 U/mL. La tele-radiografía de tórax fue negativa para metástasis. La impresión diagnóstica fue probable cáncer de ovario. Se realizó laparotomía exploradora con lavado peritoneal, la cual reportó los siguientes hallazgos quirúrgicos: tumor

dependiente del útero –que en conjunto medían 30 X 16 X 14.5 cm–, adherido a la válvula ileocecal e íleon terminal, por lo que se realizó tumorectomía, resección de 60 cm de íleon terminal, hemicolectomía derecha, entero-entero anastomosis término-terminal, histerectomía extrafascial y salpingooforectomía bilateral. El diagnóstico histopatológico mostró una neoplasia de músculo liso uterino con adenomiosis profunda, adherida firmemente a la serosa del intestino delgado sin comprometer la pared del intestino, de tipo inflamatorio, con degeneración mixoide y con un peso de 1,200 g.

La inmunohistoquímica reportó actina de músculo liso +++++, vimentina +++++, CD-17 negativo, CD-34 negativo, desmina negativa y citoqueratina negativa.

Caso 2

Paciente femenina de 40 años de edad. Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia 15 años, ciclos 5/28, inicio de vida sexual activa: 20 años, G1, A0, P0 y C1. Padecimiento actual, de tres meses de evolución, caracterizado por distensión abdominal y dolor tipo cólico intermitente de baja intensidad, los cuales disminuyeron posteriormente al drenarse cuatro litros de líquido de ascitis. A la exploración física, ECOG 1, palidez de tegumentos faciales, caquexia, abdomen globoso y maniobras positivas para líquido de ascitis. Exploración ginecológica: vulva y vagina normales, cuello uterino central y tumor pélvico palpable del lado izquierdo, de superficie irregular al tacto rectovaginal; el tumor se extendía hasta la cicatriz umbilical. La TAC abdominopélvica mostró un tumor en fosa iliaca izquierda, con extensión al mesogastrio, y existencia de líquido de ascitis. Se realizó laparotomía exploradora y se encontraron 11 litros de líquido de ascitis y tumor dependiente de la cara posterior del cuerpo uterino, de 40 X 20 X 14 cm y con áreas quísticas y sólidas; el tumor desplazaba asas intestinales y estaba adherido al colon transversal, íleon, yeyuno y epíplon mayor; los anexos tenían características normales. Se realizó histerectomía extrafascial, con salpingooforectomía bilateral y omentectomía. El reporte histopatológico definitivo de la pieza quirúrgica fue: leiomioma pleomorfo, también llamado “abigarrado” o “simplástico”, con degeneración mixoide, hemorragia antigua y peso de 2,100 g; no hubo actividad mitótica ni datos de malignidad.

Caso 3

Paciente femenina de 42 años de edad. Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 11 años, ciclos 4/28 y sin inicio de vida sexual activa. Su padecimiento actual, de un mes de evolución, por dolor abdominal, cólico generalizado y distensión abdominal. A la exploración física, ECOG 0 y existencia de tumor palpable en la fosa iliaca derecha, de 15 cm de diámetro, no fijo y ligeramente doloroso a la palpación. A la exploración ginecológica: vulva normal, existencia de tumor pélvico del lado derecho al tacto rectal y parametrios libres. La TAC abdominopélvica mostró un tumor anexial derecho, de 10.3 X 8.8 cm y CA-125 de 12.9 U/mL. Diagnóstico de probable cáncer de ovario; se realizó laparotomía exploradora y se encontró un tumor en la pared posterior del útero –adherido al retroperitoneo y colon– de 30 X 20 cm y de consistencia mixta; se colocó catéter doble J para ferulización y localización del uretero derecho y se realizó histerectomía, con tumorectomía y salpingooforectomía derecha. El reporte histopatológico definitivo de la pieza quirúrgica fue: leiomioma de 19 X 11 X 4.2 cm, con peso de 1,000 g, de superficie lisa, con escasas adherencias fibrolaxas, marrón claro alternando con áreas amarillentas, de aspecto adiposo, con moderados vasos superficiales y con degeneración mixoide y quística sin evidencia de malignidad.

Caso 4

Paciente femenina de 42 años de edad. Con antecedentes ginecoobstétricos de menarquia a los 12 años, inicio de vida sexual activa: 18 años, dos parejas sexuales, G3, P2, A1 y C0. Dos años antes le diagnosticaron miomatosis uterina. En el seguimiento el tamaño de los miomas aumentó y se agregó dolor abdominal de cuatro meses de evolución. Se le realizó una laparotomía exploradora en su unidad de origen y se encontró un tumor dependiente del útero; no se realizó ningún procedimiento adicional. A la exploración física, ECOG 0, existencia de cicatriz posquirúrgica media supra e infraumbilical, tumor palpable –desde el hipogastrio hasta arriba de la cicatriz umbilical– y maniobras positivas para ascitis. Exploración ginecológica: vulva normal, vagina y cuello uterino lateralizados al tacto rectal, con compresión extrínseca por tumor de consistencia dura y fijo. La TAC abdominopélvica reportó tumoración –heterogénea,

multilobulada y con áreas de necrosis y reforzamiento parcial en la porción superior–, que dependía del útero y que ocasionaba desplazamiento de los órganos adyacentes; diagnóstico de probable sarcoma uterino; se realizó una laparotomía exploradora y se halló un tumor, dependiente del útero y adherido en forma laxa al sigmoides y de manera firme a la vejiga. Se realizó histerectomía tipo III, con salpingooforectomía bilateral y resección segmentaria de vejiga. El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica fue: útero y anexos con peso de 1,500 g y con tres nodulaciones posteriores y laterales –la mayor medía 11.5 cm de diámetro, y la menor, 9.5 cm de diámetro– que correspondían a leiomiomatosis diseminada atípica, con permeación linfática focal y sin evidencia de malignidad; en el fragmento de la vejiga no hubo lesión.

Todas las pacientes tuvieron una evolución posquirúrgica sin complicaciones; actualmente, se encuentran sin evidencia clínica de actividad tumoral. Se revisó el material de patología de todas y no hubo datos de malignidad en el material revisado.

DISCUSIÓN

Las manifestaciones clínicas más comunes de las pacientes reportadas fueron: dolor abdominal tipo cólico y distensión abdominal, con tumores palpables. Los estudios de imagen mostraron datos sugestivos de tumor anexial o tumor dependiente del útero, hallazgos que fueron abordados como sarcomas uterinos o cáncer de ovario. Al no demostrarse malignidad en las piezas quirúrgicas se consideró que las pacientes fueron tratadas adecuadamente; ellas continuaron en vigilancia y hasta el momento no había evidencia de actividad tumoral.

Los tumores del músculo liso uterino de comportamiento no determinado e incierto o los tumores limítrofes (*borderline*) tienen características microscópicas y macroscópicas intermedias entre las del leiomioma y las del leiomiosarcoma.² Las características macroscópicas que indican el comportamiento clínico del tumor son: existencia de necrosis tumoral coagulativa y atipia celular, índice mitótico y grado de diferenciación tumoral.¹ La realización de inmunohistoquímica ha mostrado utilidad en el diagnóstico de leiomiosarcomas, sobre todo, la expresión de Ki-67, que se encuentra positiva en 50% de los leiomiosarcomas y en 28% de los leiomiomas;

en los tumores de músculo liso de comportamiento no determinado no se encontró expresión alguna.⁴ La expresión de las ciclinas E y A y de las quinasas Cdk2 y Cdc2 se encuentra elevada en leiomiomas y no existe en leiomiomas y tumores limítrofes.⁵

El tratamiento de las pacientes con leiomiomatosis uterina puede incluir: hormonoterapia, miomectomía simple, embolización de arteria uterina e hysterectomía, con un buen pronóstico.³

En el tratamiento de los sarcomas uterinos la hysterectomía con salpingooforectomía bilateral y resección de órganos adyacentes afectados es considerada piedra angular contra este tipo de afecciones. La adyuvancia con quimioterapia o radioterapia se indicará de acuerdo con el tipo histológico y la etapificación. Las pacientes deben tener un estrecho seguimiento, ya que las tasas de recurrencia locorregionales y a distancia son altas y el pronóstico es desalentador.²⁻⁶

La experiencia clínica en el tratamiento de los tumores de músculo liso de comportamiento no determinado es escasa debido a la baja incidencia de esta afección. No obstante, 15 años después del tratamiento quirúrgico se ha tenido conocimiento de metástasis pulmonares en pacientes con supervivencia mayor a 94 meses después de la metastasectomía.¹

CONCLUSIONES

Los tumores de músculo liso uterino de comportamiento no determinado son un grupo de neoplasias cuyo diagnóstico y tratamiento representan un reto para

el equipo médico que está a cargo de la paciente. Su evolución clínica es favorable y la recurrencia locorregional y la existencia de actividad metastásica son poco frecuentes. Esto último, aunado a la presentación de un índice mitótico bajo, no los hace aptos para tratamiento coadyuvante con quimioterapia o radioterapia, quedando –por tanto– la intervención quirúrgica como base del tratamiento y, posterior a éste, la vigilancia estrecha de la paciente. En la bibliografía existe poca información respecto a este tipo de neoplasia, por lo cual se sugiere que se publiquen más casos clínicos similares a éste para entender mejor el comportamiento de esta afección.

REFERENCIAS

1. Mulayim N, Gucer F. Borderline smooth muscle tumors of the uterus. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2006;33:171-181.
2. Acharaya S, Hensley M, Montang A, Fleming G. Rare uterine cancers. *Lancet Oncol* 2005;6:961-971.
3. Schwartz P, Kelly M. Malignant transformation of miomas: myth or reality? *Obstet Gynecol Clin North Am* 2006;33:183-198.
4. Mayerhofer K, Lozanov P, Bodner-Adler B, Kimberg O, et al. Ki-67 expression in patients with uterine leiomyomas, uterine smooth muscle tumors of uncertain malignant potential (STUMP) and uterine leiomyosarcomas. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(11):1085-1088.
5. Zahi Y, Kobayashi Y, Mori A, Orii A, et al. Expression of steroid receptors, Ki-67, and p53 in uterine leiomyosarcomas. *Int J Gynecol Pathol* 1999;18:20-28.
6. El Husseiny G, Al Bareedy N, Mourad W, Mohamed G, et al. Prognostic factors and treatment modalities in uterine sarcoma. *Am J Clin Oncol* 2002;25(3):256-260.