

Leiomioma uterino en una anciana

Cervical Leiomyoma in an aged woman

Dra. Iris Rodríguez Marzo, Lic. Daimarelis Tamayo Betancourt y Dra. Ana Lubín García

Hospital Oncológico Provincial Docente "Conrado Benítez", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una paciente senil, asistida en el Hospital Oncológico "Conrado Benítez" de Santiago de Cuba, por presentar sangrado vaginal desde hacía un mes. Al examen físico ginecológico se observó un tumor que se desplazaba a través del cuello uterino, el cual fue diagnosticado como un leiomioma uterino. Se realizaron los exámenes correspondientes, incluida la biopsia, cuyos resultados confirmaron dicho diagnóstico.

Palabras clave: anciana, leiomioma uterino, tumor, sangrado vaginal, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

The case report of a senile patient, attended in "Conrado Benítez" Oncological Hospital from Santiago de Cuba is described, for presenting vaginal bleeding for a month. During the physical and gynecological examination a tumor was observed extending through the cervix, which was diagnosed as an uterine leiomyoma. The corresponding exams were carried out, including biopsy which results confirmed the diagnosis.

Key words: aged woman, uterine leiomyoma, tumor, vaginal bleeding, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

El leiomioma uterino representa 1% de las afecciones malignas de los genitales femeninos y entre 3-7 % de todos los cánceres del cuerpo uterino.¹⁻³ No representa un problema de salud debido a su rareza, pues se registra una incidencia por año de 0,3-0,4/100 000 mujeres.¹ Estos tumores son frecuentes entre los 45 y 57 años de edad e infrecuentes en la menopausia y se presentan con síntomas clínicos similares a los leiomiomas.

Por otra parte, el estudio histológico puede ofrecer dificultad cuando se presentan con un índice mitótico inferior a 10 mitosis por campo microscópico de gran aumento (x 400).

Teniendo en cuenta la rareza de la enfermedad, los autores decidieron compartir este hallazgo, poco frecuente en cuanto a edad y características histológicas para su diagnóstico, con la comunidad científica en general.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una anciana de 79 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, para lo cual era tratada con dieta, diuréticos y antihipertensivos orales, quien acudió a la consulta de Cirugía del Hospital Oncológico "Conrado Benítez" de Santiago de Cuba por presentar sangrado vaginal posmenopáusico, frecuente pero de escasa cuantía, desde hacía un mes. No refería dolor abdominal ni síntomas generales.

Al examen físico abdominal no se encontraron elementos de interés, pero el tacto bimanual se palpó un útero aumentado de tamaño, de consistencia 2 veces por encima de lo normal. En el cuello uterino se observó un tumor, entre gris y blanco, que salía por el orificio cervical externo, muy friable, que sangraba fácilmente, del cual se tomó muestra para biopsia y se indicó el ingreso.

• Exámenes complementarios

- Hemoglobina: 84 g/L
- Hematocrito: 0,28 L/L
- Leucocitos: $7,4 \times 10^9$ /L.
- Coagulograma: plaquetas: 200×10^9 /L; coágulo retráctil; tiempo de sangrado: 1 minuto; tiempo de coagulación: 8 minutos; fibrinógeno: 135 mg % aproximadamente
- Serología: no reactiva
- Eritrosedimentación: 66 mm/h
- Glucemia: 4,4 mmol/L
- Creatinina 101 mmol/L
- Filtrado glomerular: 4,0 L/s
- Ecografía ginecológica: se observó útero aumentado de tamaño, con cambios en su textura, endometrio engrosado y una masa tumoral de 114 x 110 x 134 mm en la proyección del istmo y parauterino izquierdo, con áreas de necrobiosis y aumento de la vascularización al Doppler, además de escaso líquido en fondo de saco. No se visualizaron anejos ni dispositivo intrauterino.
- Radiografía de tórax: imágenes normales

• Resultados histológicos

- Biopsia 1: se observó un tumor constituido por células musculares lisas, de aspecto arremolinado, con tamaño y forma uniformes, núcleos alargados y menos de 3 mitosis por campos microscópicos de gran aumento (x 400). Se apreciaban áreas de necrosis de coagulación con transición abrupta entre las células viables y el área necrótica, células fantasmas y núcleos degenerados, así como pequeñas áreas de degeneración hialina (figura 1).

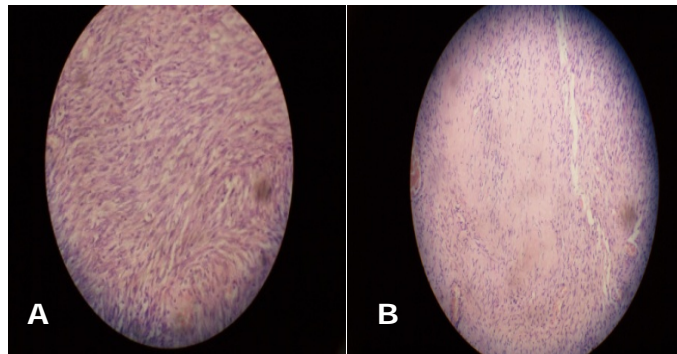


Fig. 1. A). Atipia citológica severa, hiper celularidad, pleomorfismo e hiper cromacia nuclear; B) Haces musculares lisos arremolinados, con degeneración hialina

- Biopsia por ponche tomada 15 días después de la primera: se visualizaron células musculares lisas arremolinadas, con atipia citológica significativa, dada por núcleos hiper cromáticos, marcado pleomorfismo y menos de 5 mitosis por campo microscópico de gran aumento (x 400); también se apreciaba degeneración hialina (figura 2).

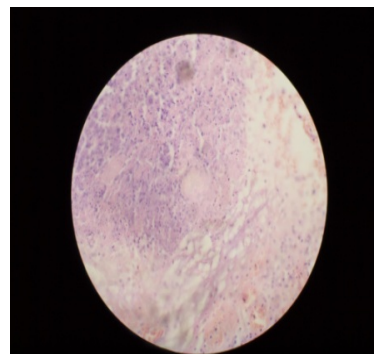


Fig. 2. Necrosis de coagulación, células fantasmas y núcleos degenerados

El caso fue discutido por los integrantes de un colectivo multidisciplinario, quienes acordaron realizarle la panhisterectomía abdominal con doble anexectomía. El período posoperatorio transcurrió sin complicaciones y el estado psicológico era favorable, de manera que egresó 3 días después.

Finalmente, el resultado de la biopsia posoperatoria confirmó el diagnóstico preoperatorio de leiomioma uterino.

COMENTARIOS

El leiomiosarcoma es un tipo de cáncer derivado de las células del músculo liso,¹⁻³ perteneciente al grupo de los sarcomas, que puede originarse en cualquier parte del cuerpo, aunque normalmente se presenta en el útero, estómago, intestino delgado, abdomen u otros tejidos blandos.

Al respecto, también se describen localizaciones infrecuentes como la dermis y el hueso. Son tumores "agresivos" de infrecuente presentación y mal pronóstico. El útero representa entre 5 y 10 % del total de las localizaciones en que puede aparecer el sarcoma.^{4,5}

Representan un grupo heterogéneo de neoplasias que se desarrollan en el miometrio (leiomiosarcomas) y en la mucosa uterina (sarcomas del estroma endometrial y el carcinosarcoma o sarcoma mesodérmico mixto). Son neoplasias de crecimiento lento y de componente exofítico, lo cual explica sus síntomas tardíos e inespecíficos, de modo que el diagnóstico se hace frecuentemente difícil y tardío.^{1-3,5}

Por otra parte, se derivan del tejido mesenquimal y generalmente metastatizan, por vía hematogéna, hacia el hígado o los pulmones. Entre los principales síntomas figuran: hemorragia vaginal anormal, dolor abdominal y tumor de rápido crecimiento en el abdomen.

Son neoplasias malignas poco frecuentes, que aparecen como masas carnosas y voluminosas que infiltran la pared uterina, o como masas polipoides que sobresalen a través del cuello, de consistencia blanda o carnosa, con zonas necróticas o hemorrágicas.

Desde el punto de vista histológico, se caracterizan por células musculares lisas con marcada atipia nuclear y 10 o más mitosis por campo microscópico de gran aumento y necrosis tumoral.

Cuando el tumor presenta atipia celular significativa y posee más de 10 mitosis por campo microscópico a mayor aumento, el diagnóstico de leiomiosarcoma resulta fácil, pero en ocasiones existe dificultad para diferenciar estos tumores de los leiomiomas.

Al respecto, antiguamente en los sistemas de clasificación histológica, el principal criterio para pronosticar el desarrollo de un tumor del músculo liso y, por tanto, definir su malignidad o no, era el número de figuras mitóticas en el tumor (índice mitótico). De ahí que se consideraba que el tumor era maligno cuando tenía 10 o más mitosis por cada 10 campos microscópicos de gran aumento, con atipia celular o sin ella.

En las dos terceras partes de las pacientes, la enfermedad está confinada al cuerpo y cuello uterinos y el tratamiento consiste en realizar histerectomía total abdominal y anexectomía bilateral con un índice de curación de 20 - 60 %.

Por otra parte, en estadio avanzado y en pacientes con enfermedad recurrente después de la cirugía, el pronóstico es desfavorable y habitualmente no se considera curable. La tomografía por emisión de positrones con 18 F-fluordesoxiglucosa (FDG-PET) puede ser útil en el seguimiento de las pacientes que presentan sarcoma uterino en busca de metástasis o recidiva tumoral.⁶

Su malignidad depende de la localización, el tamaño y los factores celulares considerados como predictores, entre los cuales figuran:⁷⁻⁹

- Necrosis de coagulación de las células tumorales, así como siluetas fantasmas de dichas células y núcleos degenerados.
- Atipia citológica leve, moderada o severa, con pleomorfismo e hiperchromatismo nuclear.
- Índice mitótico (número de figuras mitóticas por 10 campos de gran aumento).
- Diferenciación estándar o inusual (epitelioide o mixoide).

Si el tumor no tiene necrosis celular ni atipia significativa y el índice mitótico es menor de 10 mitosis por 10 campos microscópicos a mayor aumento, el curso clínico será benigno; cuando es superior a 10 mitosis es maligno y suficientemente frecuente para denominar el tumor como leiomioma y si presenta necrosis celular con atipia moderada o importante, corresponde a un leiomioma, independientemente del índice mitótico.⁸⁻¹⁰

De manera general, puede afirmarse que un tumor de músculo liso, que muestre focos de necrosis, deberá ser minuciosamente estudiado y seriado, pues seguramente se trata de una lesión maligna, como lo mostró el resultado de la biopsia en esta paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matushansky I, Hensley ML. Leiomyosarcoma. Am J Cancer. 2006 [citado 25 Feb 2014]; 5(2).
2. Eizaguirre Zarza B, Burgos Bretones JJ. Tumores GIST. Revisión de la literatura. Rev Española Patol. 2006 [Citado 25 Feb 2014]; 39(4).
3. Binda MC, Cejas C, Eli A, Bozo C, Pineda D. Leiomyosarcoma uterino con metástasis vaginal. Rev Argent Radiol. 2006 [citado 25 Feb 2014]; 70(3): 207-12.
4. Mulayim N, Gucer F. Tumores borderline de músculo liso del útero. Clin Obstetr Ginecol Norteam. 2006; 33(1): 171-81.
5. Vázquez Rodríguez M, Vidal Hernández R, Pardo Pumar MI, Campos Arca S, Alonso Vaquero MJ, Carbajales Borrajo A. Leiomyosarcoma uterino: tumoración abdominal de rápido crecimiento. Clin Invest Ginecol Obstet. 2009; 36(6): 215-8.
6. Rebollo Aguirre AC, Ramos Font C, Bellón Guardia ME, Cabello García D, Gallego Peinado M, Rodríguez Fernández A, *et al.* Tomografía por emisión de positrones con 18F-fluordesoxiglucosa en pacientes con sarcoma uterino. Rev Esp Med Nucl. 2007; 26(4): 189-195.
7. Solis CJ. Sarcomas uterinos: manejo actual. Rev Chil Obstet Ginecol. 2005; 70(5): 332-9.
8. Mayola Alberto CC, Sosa Jiménez M, Sánchez Ramos MB. Leiomyosarcoma del estroma intestinal. Presentación de un caso. MEDICIEGO. 2010 [citado 25 Feb 2014]; 16(2).
9. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins. Patología estructural y funcional. 6 ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000.

10. García Del Muro X, Martín J, Maurel J, Cubedo R, Bague S, De Álaba E, *et al.* Guía de práctica clínica en los sarcomas de partes blandas. Med Clin (Barc). 2011; 136(9): 408-13.

Recibido: 21 de marzo de 2014.

Aprobado: 20 de mayo de 2014.

Iris Rodríguez Marzo. Hospital Oncológico Provincial Docente "Conrado Benítez", avenida Libertadores s/n, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: luisr@medired.scu.sld.cu