

LEIOMIOSSARCOMA MIOMETRIAL - RELATO DE CASO

JOÃO AFONSO ROSA JÚNIOR, LORENA RODRIGUES NAVES MARTINS SOARES, RAFAELA GIL PIMENTEL, FRANCISCO MAUAD FILHO, AUGUSTO CÉSAR GARCIA SAAB BENEDETI, FERNANDO MARUM MAUAD

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los leiomiomas representan entre el 3% y el 7% de todos los cánceres de útero, y generalmente ocurren en mujeres mayores de 40 años. Además, existen reportes de casos en la literatura en mujeres jóvenes e incluso en niños.

REPORTE DE UN CASO: El presente informe aborda un caso grave y raro de leiomioma miometrial en una mujer de 32 años.

DISCUSIÓN: La estadificación del tumor es el factor pronóstico más importante. Si nos centramos en la diferenciación entre leiomioma y leiomioma mediante ecografía bidimensional y Doppler color, se demuestra que la detección de hipervascularización combinada con otros hallazgos ecográficos sospechosos de tumores de músculo liso uterino requieren una evaluación diagnóstica adicional antes de iniciar el tratamiento.

CONCLUSIÓN: Se señala la importancia del diagnóstico precoz y se destaca que la investigación y seguimiento de las imágenes nodulares uterinas, siguiendo la recomendación de FEBRASGO, está directamente relacionada con la mejora del pronóstico en esta población.

PALABRAS CLAVE: LEIOMIOSARCOMA, MIOMETRIO, MUJER JOVEN, NEOPLASIA MALIGNA, ECOGRAFÍA ENDOVAGINAL

INTRODUCCIÓN

El leiomioma se ha convertido en el segundo subtipo más común (el primero es el carcinosarcoma) de sarcomas uterinos, y representa solo del 1% al 2% de estos tumores malignos. Aproximadamente 1 de cada 800 tumores del músculo liso uterino son leiomiomas ¹⁻⁴.

Son raros, sólo el 13% entre los sarcomas uterinos (al estudiar el cuello uterino, el endometrio y el miometrio) en mujeres, y representan del 3 al 7% de todas las neoplasias uterinas. Aunque suele presentarse en mujeres mayores de 40 años, hay casos en la literatura descritos en mujeres jóvenes e incluso en niños ⁵.

Los leiomiomas tienen características evolutivas particulares: agresividad, diseminación apresurada y mal pronóstico ¹. También se infiere sobre el origen de los leiomiomas: tejido mesenquimatoso y degeneración maligna de un leiomioma ².

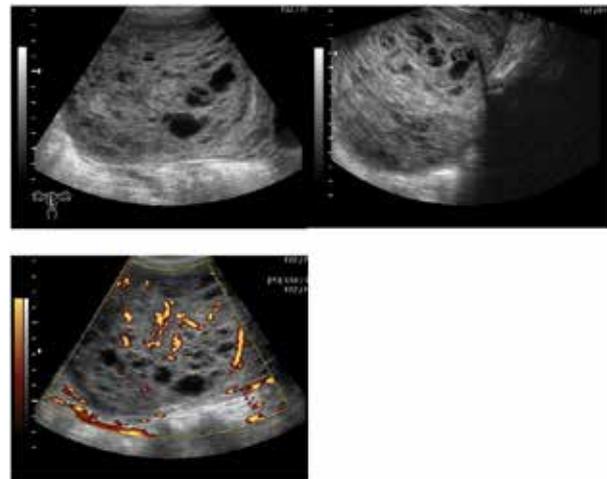
Las manifestaciones físicas suelen ser vagas: sangrado genital, aumento del volumen uterino y molestias gastrointestinales y urinarias. El uso de la evaluación por imágenes diagnósticas no es precisa para dilucidar los casos, sino que optimiza el rastreo y seguimiento de la imagen nodular, sugestiva de leiomioma.

OBJETIVO

Abordar un caso grave y raro de leiomioma miometrial en una mujer joven.

REPORTE DE UN CASO

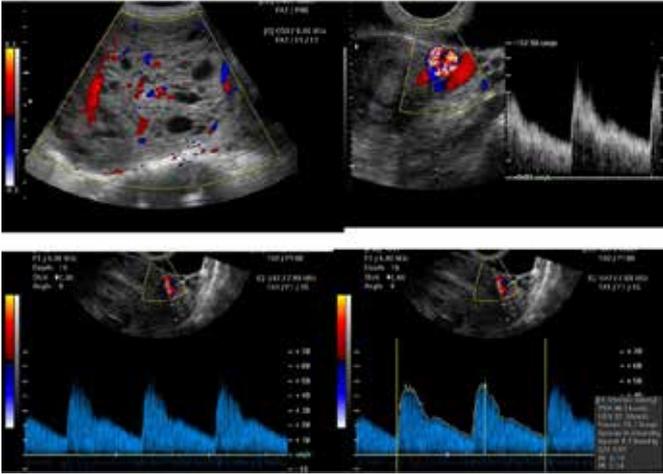
Paciente casada de 32 años (G1 P1), que refiere retraso menstrual de dos meses, actualmente con sangrado vaginal leve. Presentando hemograma con anisocitosis e hipocromía moderada, urografía normal, colpocitología grado I y demás exámenes normales. En la ecografía se observa una imagen nodular con heterogeneidad y áreas quísticas entremezcladas en la región miometrial, con presencia de flujo vascular anárquico en el estudio Doppler (figura 1-4).



Figuras 1-3: Estudio ecográfico que muestra una imagen nodular del miometrio con áreas quísticas entremezcladas y flujo anárquico en el estudio Doppler.

1 – FATESA - Faculdade de Tecnologia em Saúde, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA:
FACULDADE FATESA
Rua Marcos Markarian 1025 - Ribeirão Preto, SP, CEP 14026-583
Email: lorena.soares@slmandicararas.edu.br



Figuras 4 - Estudio ecográfico que demuestra vascularización de imagen nodular en estudio Doppler, mostrando vasos de alta resistencia.

Ante las quejas reportadas, en el caso de una paciente en edad reproductiva, la clínica pensó, ¿por qué no ser una enfermedad trofoblástica? Se realizó estudio con B-hCG, con resultado negativo.

Otra posibilidad diagnóstica sería la adenomiosis por los siguientes hallazgos: útero globoso, quistes miometriales entremezclados, pérdida o irregularidad de la zona de unión endometrio-miometrial y vascularización translesional.

La paciente fue seguida e investigada por una masa miometrial y luego remitida para cirugía (figura 5). El resultado anatomopatológico mostró leiomiomasarcoma.



Figuras 5 - Parte anatómica de la histerectomía total.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica al cáncer como una de las principales causas de muerte en el mundo. Existe evidencia de que tienen desencadenantes multifactoriales, entre ellos factores de riesgo como la inactividad física, la edad avanzada, la obesidad y el tabaquismo, asociados a estos, el uso de colorantes, la terapia hormonal, la menopausia y anomalías genéticas que influyen en el ciclo

evolutivo celular y el metabolismo de células somáticas.

El comportamiento vascular en el leiomiomasarcoma debe considerarse como una neoplasia fibromuscular, ya que presenta un patrón variable dependiendo de la evolución del tumor. En la velocimetría Doppler se pueden observar resistencias vasculares alternantes dependiendo de la fibrosis perivascular. El mismo comportamiento vascular puede ocurrir con los leiomiomas, principalmente debido a los procesos degenerativos a los que pueden estar sujetos ⁸.

Cabe recordar que la patología nodular miometrial no siempre es un leiomioma, y de acuerdo con la recomendación de FEBRASGO, estos hallazgos deben ser seguidos con 1) reevaluación ecográfica trimestral en el 1er año, y 2) aumento del volumen nodular superior al 25% sugiere trimestralmente leiomiomasarcoma.

A pesar de las controversias, la mayoría de los leiomiomasarcomas miometriales no están asociados con leiomiomas preexistentes y no hay evidencia biológica que asocie los leiomiomasarcomas con tumores benignos del músculo liso.

Las pruebas de imagen preoperatorias como la ecografía y el PET, con los recursos actuales, son incapaces de diferenciar los tumores benignos de los malignos en el músculo liso, pues tal resonancia magnética podría traer mayores subsidios, sin embargo, sin evidencia científica.

Se observan dos formas principales de evaluar el potencial maligno de los leiomiomasarcomas, entre las que se destacan: el tamaño tumoral y el índice mitótico. Sin embargo, los criterios mínimos absolutos para la malignidad aún no están bien dilucidados. ⁵

En un intento de estadificar la lesión tumoral, así como evaluar su pronóstico, se evaluaron las siguientes variables: edad del paciente, hallazgos citológicos peritoneales, tipo de células, índice mitótico de elementos sarcomatosos, grado de sarcoma tumor mesodérmico mixto (TMM), tamaño y ubicación, tamaño del tumor, profundidad de la invasión miometrial (TMM solamente), afectación del espacio linfático-vascular, diseminación anexial, metástasis en los ganglios linfáticos, sitio de recurrencia y efectos adversos de la cirugía. ⁶

Tras estudiar todos los factores en un grupo control, se observó que el tratamiento quirúrgico más eficaz, salvo en las lesiones metastásicas, sería la histerectomía extrafascial con salpingooforectomía bilateral. En casos de TMM, la linfadenectomía pélvica y aórtica selectiva puede ser útil para determinar la necesidad de terapia posoperatoria. Es un procedimiento que puede ser realizado sin morbilidad significativa por cirujanos capacitados en pacientes seleccionados adecuadamente. ⁶

También se analizó la positividad de los ganglios linfáticos, lo que sugiere fuertemente el uso de factores uterinos para seleccionar pacientes con alto riesgo de recurrencia para incluirlos en estudios de tratamiento adyuvante posteriores, en un claro intento de identificar una terapia adyuvante verdaderamente eficaz. ⁶

CONCLUSIÓN

A pesar de la baja prevalencia del leiomiomasarcoma en

mujeres jóvenes y dados los diagnósticos diferenciales antes mencionados, así como los hallazgos ecográficos, de contornos irregulares y degeneraciones quísticas, se destaca la importancia del diagnóstico precoz y se enfatiza que la investigación y seguimiento de las lesiones nodulares uterinas imágenes, siguiendo la recomendación de FEBRASGO, está directamente relacionado con la mejora del pronóstico en esta población.

Por tanto, se concluye que el estándar de oro para el diagnóstico definitivo sigue siendo el anatomopatológico.

REFERENCIAS

- 1- Duarte G. Patologia benigna do corpo uterino e das tubas. In: Halbe HW (Ed.). Tratado de Ginecología. São Paulo: Roca. 1987; p. 710-734.
- 2- Kurjak A, Shalan H, Kupesic S, Predanic M, Zalud I, Breyer B, Jukic S. Transvaginal color Doppler sonography in assessment of pelvic tumor vascularity. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1993; 3: 137-154.
- 3- Exacoustos C, Romanini ME, Amadio A, Amoroso C, Szabolcs B, Zupi E, Arduini D. Can gray-scale and color Doppler sonography differentiate between uterine leiomyosarcoma and leiomyoma? *J Clin Ultrasound.* 2007; 35(8): 449-457.
- 4- Giuntoli RL 2nd, Metzinger DS, DiMarco CS, Cha SS, Sloan JA, Keeney GL, Gostout BS. Retrospective review of 208 patients with leiomyosarcoma of the uterus: prognostic indicators, surgical management, and adjuvant therapy. *Gynecol Oncol.* 2003; 89(3): 460-469.
- 5- Lack EE. Leiomyosarcomas in childhood: a clinical and pathologic study of 10 cases. *Pediatr Pathol.* Boston, Estados Unidos da América. 1986; 6:181-197.
- 6- Major FJ, Blessing JA, Silverberg SG, Morrow CP, Creasman WT, Currie JL, Yordan E, Brady MF. Prognostic factors in early-stage uterine sarcoma. A Gynecologic Oncology Group study. *Cancer.* 1993 15; 71(4): 1702-1709.
- 7- P. J. Figo. Staging for uterine sarcomas. *Int J Gynecol Obstet.* Barcelona, Espanha. Elsevier. 2009; 104(3): 177-178.
- 8- Durand-Réville M, Dufour P, Vinatier D, Martin de Lassalle E, Lucot JP, Monnier JC, Lecomte-Houcke M, Puech F. Uterine leiomyosarcomas: a surprising pathology. Review of the literature. Six case reports. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1996; 25: 710-715.