

CASO CLÍNICO

CASE REPORT

1. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima, Perú

a Médico Asistente del Servicio de Patología Quirúrgica y Necropsias

b Jefe del Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo

c Médico Residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia

Fuente de financiamiento: autofinanciado

Los autores del presente reporte de caso declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 11 noviembre 2017

Aceptado: 12 enero 2018

Correspondencia:

Dra. Angélica Asencio Aguedo

📍 Mz H lote 15 Brisas de Villa, Santiago de Surco, Lima

☎ 965008273

✉ angelica_asenc@hotmail.com

Citar como: Asencio Aguedo AY, Alegría Guerrero RC, Huaquipaco Polanco AR. Leiomiomas asociados a embarazo. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(1):103-6

Leiomiomas asociados a embarazo

Uterine leiomyosarcoma associated with pregnancy

Angélica Yeyli Asencio Aguedo^{1,a}, Raúl César Alegría Guerrero^{1,b}, Ana del Rosario Huaquipaco Polanco^{1,c}

RESUMEN

Los leiomiomas uterinos son tumores malignos poco frecuentes que generalmente se presentan con síntomas inespecíficos, por lo que su diagnóstico suele ser incidental. Los casos más frecuentes se presentan en mujeres posmenopáusicas a quienes se les interviene quirúrgicamente por leiomiomas. La asociación de los leiomiomas uterinos con la gestación es rara; solo existen doce casos reportados hasta la actualidad. Se presenta un caso de leiomioma uterino en una paciente gestante a quien se le realizó histerectomía por atonía uterina.

Palabras clave. Leiomiomas, Embarazo, Leiomioma.

ABSTRACT

Uterine leiomyosarcomas are rare malignant tumors that usually present with nonspecific symptoms. The diagnosis is usually incidental; especially in postmenopausal women who are surgically intervened by uterine leiomyomas. Its association with pregnancy is rare, and there are only twelve cases reported to date. We present a case of uterine leiomyosarcoma in a pregnant patient who underwent hysterectomy due to uterine atony.

Keywords: Leiomyosarcoma, Pregnancy, Leiomyoma.



INTRODUCCIÓN

El leiomioma uterino es una neoplasia maligna poco frecuente y de mal pronóstico. Esta neoplasia se origina en el tejido muscular del útero y representa el 25% de todos los sarcomas uterinos⁽¹⁾. Su incidencia se estima en 0,3 a 0,4 casos por cada 100 000 mujeres⁽²⁾ y con mayor frecuencia se presenta en mujeres mayores de 50 años. La sintomatología es inespecífica y puede ser un hallazgo incidental en mujeres posmenopáusicas sometidas a miomectomías e hysterectomías por otras causas. Aunque la incidencia de diagnóstico de sarcomas uterinos después de una hysterectomía es solo 0,27%⁽³⁾, se recomienda considerar el diagnóstico en casos de tumores uterinos de rápido crecimiento en mujeres posmenopáusicas que no están usando terapia de reemplazo hormonal.

La asociación de leiomioma y embarazo es un evento sumamente raro cuya incidencia se desconoce. Matsuo y col⁽⁴⁾ realizaron una revisión bibliográfica sistemática de un periodo de 50 años (1955 a 2007) y encontraron solo 40 casos reportados de sarcomas asociados a gestación, de los cuales el 30% correspondió a leiomiomas. A la fecha se han reportado en la literatura occidental solo 12 casos de leiomiomas asociados a gestación⁽⁵⁻¹¹⁾.

Se reporta un caso de leiomioma con diagnóstico incidental, poscesárea, en quien se realizó hysterectomía por atonía uterina.

CASO CLÍNICO

Paciente gestante de 38 años, G8 P5025, tiempo de gestación de 29 semanas. Fue admitida en el área de emergencias obstétricas con signos vitales estables, refiriendo pérdida de líquido amniótico de 16 horas, asociada a contracciones uterinas. En el examen físico se palpó útero grávido con una tumoración suprapúbica de consistencia sólida, no dolorosa, de bordes lisos. A la especuloscopia se evidenció pérdida abundante de líquido amniótico sin mal olor, cérvix sin alteraciones. La evaluación con ultrasonido mostró una gestación intrauterina de 29 2/7 semanas, feto en transverso derecho, sin movimientos corporales, anhidramnios, placenta fúndica anterior, y dos imágenes hipocogénicas de 126 x 122 mm y 85 x 92 mm, respectivamente, ambas

ubicadas en segmento y cara anterior de útero, impresionando como miomatosis uterina gigante. Ante estos hallazgos se decidió culminar la gestación vía cesárea.

Se realizó una hysterotomía corporal alta por la presencia de la tumoración a nivel del segmento uterino, extrayéndose un recién nacido vivo masculino, en podálico, de 1 000 g de peso, Ápgar 5 al minuto y 8 a los 5 minutos, con líquido amniótico escaso y de mal olor. Durante el acto operatorio la paciente presentó atonía uterina, por lo que se realizó hysterectomía subtotal y salpingooforectomía izquierda.

En el examen macroscópico del espécimen quirúrgico se encontró un tumor multilobulado de bordes parcialmente definidos, de 16 cm de diámetro mayor, localizado en los dos tercios inferiores de la cara anterior del cuerpo uterino. A los cortes seriados se observó que la tumoración comprometía todo el grosor de la pared uterina, y su extremo inferior protruía hacia el canal endocervical. La superficie de corte fue sólida pardo grisáceo con extensas áreas necróticas (figura 1).

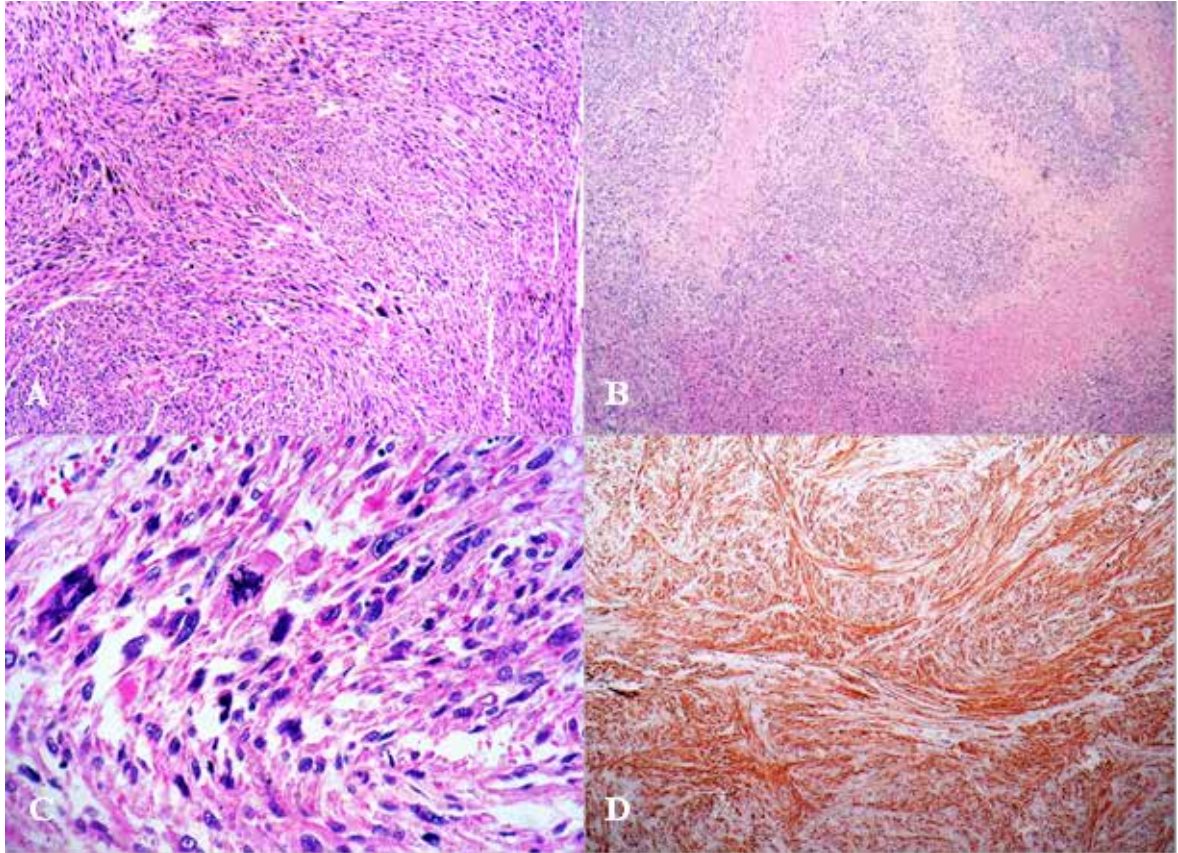
Microscópicamente, la tumoración estaba constituida por fascículos de células fusiformes, con citoplasma amplio, eosinofílico, núcleos elongados con atipia moderada a severa, presencia de mitosis atípicas e índice mitótico de 8 a 10 mitosis por 10 campos de alto poder; se observó además necrosis tumoral e invasión vascular linfática. La inmunohistoquímica fue positiva para actina y desmina (figura 2).

FIGURA 1. MACROSCOPIA. ÚTERO SECCIONADO LONGITUDINALMENTE. SE OBSERVA TUMORACIÓN SÓLIDA LOBULADA CON ÁREAS DE NECROSIS (*); SU EXTREMO INFERIOR PROTRUYE POR EL CANAL ENDOCERVICAL (*).





FIGURA 2. MICROSCOPIA. A. PATRÓN ESTORIFORME 40x H & E. B. ÁREAS DE NECROSIS 40x H & E. C. ATIPIA NUCLEAR Y MITOSIS ATÍPICAS 100x H & E. D. INMUNOHISTOQUÍMICA, TINCIÓN DE ACTINA MÚSCULO LISO, POSITIVO.



DISCUSIÓN

El diagnóstico de leiomyosarcoma asociado a gestación es un evento inusual. Hasta la fecha solo se han reportado 13 casos en la literatura occidental, incluyendo el presente caso (tabla 1); este es el primero en ser reportado en Perú y América Latina. En la mayoría de casos, el diagnóstico de leiomyosarcoma se realizó después de un curetaje por aborto o cesárea con miomectomía, a excepción del reporte de Hand y col que fue post histerectomía, como ocurrió en el presente caso.

Clínicamente los leiomyosarcomas se manifiestan con signos y síntomas inespecíficos, como son el incremento del tamaño uterino, sangrado vaginal anormal y dolor abdominal⁽¹²⁾. Debido a esto, suelen ser diagnosticados de forma incidental o cuando se encuentran en un estadio avanzado de la enfermedad. En el caso descrito, el incremento del tamaño uterino pudo haber sido inadvertido por la paciente y los médicos, dada la concomitancia con el embarazo.

Los factores que se consideran de riesgo para leiomyosarcomas uterinos hasta el momento son el antecedente de irradiación pélvica y/o tratamiento con tamoxifeno⁽¹³⁾; en el presente caso ninguno de estos factores estuvo presente.

El diagnóstico de leiomyosarcoma durante la gestación requiere un estudio anatomopatológico exhaustivo y cuidadoso debido a los cambios histológicos que la gestación puede producir en los leiomiomas. Estos cambios podrían llevar a un diagnóstico erróneo. Los niveles incrementados de estrógeno y progesterona en la gestación pueden inducir en los leiomiomas un crecimiento rápido y cierto pleomorfismo celular, hemorragia, necrosis y cambios degenerativos. Los criterios histológicos recomendados para diagnosticar los leiomyosarcomas son la necrosis, atipia celular y la alta tasa mitótica. El tumor descrito cumplió con estos criterios⁽¹⁴⁾.

El tratamiento de leiomyosarcomas es quirúrgico, incluye histerectomía abdominal total y citorreducción en casos de compromiso tumoral extrauterino. La preservación de los ovarios no



TABLA I. LEIOMIOSARCOMAS ASOCIADOS A GESTACIÓN. REPORTES DE CASOS.

Referencia	N° de caso	Año	País	Tiempo de gestación (semanas)	Procedimiento quirúrgico inicial
King y col. (1980)	1	1979	EE UU	-	-
Kyodo y col (1989)	2	1989	Japón	37	Cesárea, miomectomía
Younis y col. (1990)	3	1990	Israel	33	Cesárea, miomectomía
Lau y Wong (1994)	4	1993	Hong Kong	35	Cesárea
	5	1993	Hong Kong	25	Parto vaginal espontáneo
Gojnic y col. (2005)	6	2005	Serbia	-	Cesárea
	7	2005	Serbia	-	Cesárea
	8	2005	Serbia	-	Cesárea
	9	2005	Serbia	-	Cesárea
	10	2005	Serbia	38	Parto vaginal espontáneo
Bodner-Adler y col. (2008a,b)	11	2008	Austria	34	Cesárea, miomectomía
Hand y col.	12	2015	EE UU	31	Cesárea, histerectomía
Nuestro caso	13	2017	Perú	30	Cesárea, histerectomía

está completamente establecida ya que depende de varios factores, tales como el estado menopáusico y que únicamente exista compromiso intrauterino. El pronóstico de estas pacientes es pobre y suele cursar con altas tasas de recurrencia.

El caso reportado destaca la importancia del riesgo potencial de malignidad oculta en pacientes gestantes con supuestos leiomiomas asociados. Su valoración es fundamental sobre todo cuando estos leiomiomas se localizan a nivel del segmento uterino, ya que podría dificultar una cesárea convencional y conllevar a una morcelación o rotura del tumor durante el procedimiento, y perjudicar el pronóstico de la paciente⁽¹⁵⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yazigi R, Contreras L. Sarcomas uterinos. Ginecología. Tercera edición. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2007:725-30.
2. Harlow BL, Weiss NS, Lofton S. The epidemiology of sarcomas of the uterus. J Natl Cancer Inst. 1986;76(3):339-402. <https://doi.org/10.1093/jnci/76.3.399>.
3. Parker WH, Fu YS, Berek JS. Uterine sarcoma in patients operated on for presumed leiomyoma and rapidly growing leiomyoma. Obstet Gynecol. 1994;83(3):414-8.
4. Matsuo K, Eno ML, Im DD, Rosenshein NB. Pregnancy and genital sarcoma: a systematic review of the literature. Am J Perinatol. 2009;26(7):507-18. DOI: 10.1055/s-0029-1215428.
5. King TM, Atienza MF, Burkman RT. The incidence of abdominal surgical procedures in a population undergoing abortion. Am J Obstet Gynecol. 1980;137(5):530-3. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(80\)90690-0](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(80)90690-0).
6. Kyodo Y, Inatomi K, Abe T. Sarcoma associated with pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1989;161(1):94-6.
7. Younis JS, Okon E, Anteby SO. Uterine leiomyosarcoma in pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 1990;247:155-60. <https://doi.org/10.1007/BF02390864>.
8. Lau TK, Wong WS. Uterine leiomyosarcoma associated with pregnancy: report of two cases. Gynecol Oncol. 1994;53(2):245-7. DOI: 10.1006/gyno.1994.1124.
9. Gojnic M, Likic I, Pervulov M, Petkovic S, Fazlagic A, Vasiljevic B. The significance of Doppler flow in early detection of uterine sarcoma in older primigravida pregnancies. Eur J Gynaecol Oncol. 2005;26 (3):291-3.
10. Bodner-Adler B, Lozano P, Bodner K, Zeisler H. Primary uterine leiomyosarcoma and primary atypical meningioma diagnosed during pregnancy. Anticancer Res. 2008;28(5B):3083-5. DOI:10.1188.192&rep=rep1&type=pdf.
11. Hand LC, Gimovsky AC, Chan JS, Rosemblum NG. Incidental leiomyosarcoma found at the time of cesarean hysterectomy for morbidly adherent placenta. Gynecol Oncol Rep. 2017;20:127-30. DOI:10.1016/j.gore.2017.04.007.
12. Lin KH, Turn PL, Tsai KH, Shih HJ, Chen CL. Clinical outcome affected by tumor morcellation in unexpected early uterine leiomyosarcoma. Taiwan J Obstet Gynecol. 2015;54(2):172-7. DOI: 10.1016/j.tjog.2015.03.001.
13. Chen P, Yang CC, Chen YJ, Wang PH. Tamoxifen-induced endometrial cancer. Eur J Gynaecol Oncol. 2003;24(2):135-7.
14. Oliva E. Practical issues in uterine pathology from banal to bewildering the remarkable spectrum of smooth muscle neoplasia. Mod Pathol. 2016;29 Suppl 1:S104-20. DOI: 10.1038/modpathol.2015.139.
15. Duffaud F, Ray-Coquard I, Salas S, Pautier P. Recent advances in understanding and managing leiomyosarcomas. F1000Prime Rep. 2015;7:55. DOI: 10.12703/P7-55.