Leiomioma de ovario, presentación de un caso y revisión de la literatura

Lilia María Sánchez Baracaldo*; Harold Restrepo**; Luz Amparo Díaz***; Jorge Andrés Rubio****; Elvira Castro de Pabón*****

RESUMEN: Presentamos el caso de una mujer de 43 años quien fue llevada a cirugía por miomatosis uterina sintomática. Durante la laparotomía, se encontró además, una masa ovárica cuyo aspecto macroscópico sugirió el diagnóstico de leiomioma, el cual fue confirmado por patología con los estudios de rutina y las coloraciones especiales de histoquímica e inmunohistoquímica. Esta neoplasia tan poco frecuente en el ovario tiene una histogénesis controvertida; sin embargo, finalmente se piensa que su origen está en las fibras musculares lisas de la pared de los vasos sanguíneos del hilio ovárico o en las fibras musculares lisas cercanas a la unión de los ligamentos útero-ováricos.

PALABRAS CLAVES: Leiomioma primario de ovario, histogénesis, cirugía.

SUMMARY: We present the case of a 43 year-old woman, who was submitted to surgery for symptomatic uterine leiomyomatosis. During surgery an ovarian mass was found. Macroscopic appearance of this mass suggested the diagnosis of Primary Ovarian Leiomyoma (POL). This diagnosis was confirmed by pathologic studies using routine and immune-histochemical dyes. We review the current hypothesis on the histogenesis of these rare ovarian neoplasms which suggests that they appear from smooth muscle cells from vessels of the ovarian hilum or the utero-ovarian ligaments.

KEY WORDS: Primary ovarian leiomyoma, histogenesis, surgery.

Introducción

Los leiomiomas primarios de ovario (LPO) son neoplasias benignas derivadas del estroma o mesénquima mülleriano, las cuales, usualmente son un hallazgo incidental durante una cirugía ginecológica realizada por una indicación diferente a la misma masa. Como los leiomiomas localizados a nivel del útero, los LPO siguen un curso benigno; pero a diferencia de éstos, son mucho menos frecuentes y generalmente son clínicamente asintomáticos (1-2).

Caso clínico

Mujer de 43 años G0 P0, natural y procedente de Bogotá, soltera quien consultó al IMI el 28-05-97 por cuadro de 7 meses de evolución consistente en hipermenorreas y metrorragias, ciclos 10-15 x 10 días. Antecedentes: Menarquía a los 13 años, ciclos 30 x 3 hasta 7 meses antes

de su ingreso cuando se tornan irregulares. En el examen ginecológico inicial se evidenció un útero de aproximadamente 10 cm de longitud, de superficie irregular, en AVF. Anexos no palpables y fondos de saco libres. El diagnóstico clínico inicial fue: 1. Hemorragia uterina anormal 2. Miomatosis uterina sintomática. Una ecografía pélvica transvaginal reportaba una imagen intra-cavitaria de 2.6 x 3.4 cm, los anexos fueron reportados como normales. Se realizó legrado biopsia, el cual fue informado como endometrio secretor sangrando. La citología cérvico vaginal fue negativa para neoplasia. Por lo anterior, se decidió realizar una Histerectomía Abdominal Total. En cirugía se encontró un útero en AVF de 9 x 6 x 5 cm, cuya superficie externa era irregular, dada la presencia de múltiples miomas sub-serosos que predominaban en la cara posterior, acompañado, de la alteración de la arquitectura del ovario derecho por la presencia de una masa bien delimitada de 5 cm de diámetro, de consistencia firme y color amarillo. Se realizó la impresión diagnóstica intra-operatoria de Miomatosis Uterina y Mioma ovárico? Se practicó Histerectomía Abdominal Total Extrafascial más Salpingo-óoforectomía derecha. La evolución en el post-operatorio de la paciente fue satisfactoria, dándosele salida al tercer día post-operatorio.

Descripción macroscópica

En el laboratorio de Patología se recibió un útero sin anexos que pesaba 80 g y medía 9 x 5 x 4 cm, el cuerpo estaba deformado por la presencia de múltiples masas sub-serosas localizadas en la cara posterior, al corte, estas masas tenían el aspecto característico de los leiomiomas, se encontraban también a nivel intra-mural y sub-mucoso y te-

* Instructora Asociada. Departamento de Patología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Instituto Materno Infantil. Bogotá.
** Residente III. Departamento de Patología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Instituto Materno Infantil. Bogotá.
*** Instructora Asociada. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Instituto Materno Infantil. Bogotá.
**** Residente III. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Instituto Materno Infantil. Bogotá.
***** Profesora Asistente. Departamento de Patología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá.

nían diámetros que oscilaban entre 2.6 y 1.8 cm. La cavidad endometrial y el canal endocervical estaban libres, el miometrio no comprometido por los nódulos alcanzaba un espesor de 1.3 cm. En un recipiente aparte se recibió un anexo constituido por ovario y trompa uterina. El ovario estaba aumentado de tamaño, medía 4 x 3 x 2.5 cm, al corte, se reconocía una masa bien delimitada de color amarillento y aspecto arremolinado de 3 cm de diámetro mayor, en su periferia aun se reconocía tejido ovárico residual rechazado y adelgazado (ver foto No. 1). La trompa uterina medía 4.3 cm de longitud y hasta 1.3 cm de espesor.

Foto No. 1

MASA BIEN DELIMITADA, DE SUPERFICIE ARREMO-LINADA Y COLOR AMARILLENTO EN CUYA PERIFE-RIA SE RECONOCE TEJIDO RESIDUAL DE OVARIO

Descripción microscópica

En el estudio histológico de los cortes realizados a nivel del útero se constató que los múltiples nódulos observados macroscópicamente efectivamente correspondían a leiomiomas hialinizados; este mismo aspecto se encontró en los cortes realizados al tumor visto en el ovario. La masa ovárica se encuentra constituida por haces de músculo liso entremezclados con tejido colágeno y se delimita muy bien del tejido ovárico residual (ver foto No. 2 y 3). Luego de estudiar los cortes de rutina, se realizaron coloraciones histoquímicas e inmunohistoquímicas para músculo liso las cuales permitieron confirmar el origen de esta neoplasia a partir de músculo liso (Ver foto No. 4).

Discusión

El LPO es uno de los tumores sólidos más raros de esta localización, representando solamente el 1% de las neoplasias ováricas benignas (3-7); a pesar de haber sido descrito en 1862 por Sangalli, hasta la fecha no se han reportado más de 50 casos en la literatura (4, 8), es probable que muchos no hayan sido publicados debido a que su hallazgo en la mayoría de las ocasiones es incidental y su curso es asintomático. Hasta hace aproximadamente 20 años, muchos autores dudaban de la existencia de este tumor como una entidad aparte (5-6). Usualmente, son pequeños,

Foto No. 2

TUMOR CONSTITUIDO POR CELULAS FUSIFORMES DISPUESTAS EN HACES. EN LA PERIFERIA SE RECONOCE TEJIDO RESIDUAL DE OVARIO. H-E 100 X

Foto No. 3

CELULAS TUMORALES FUSIFORMES CON NUCLEOS EN "CIGARRO". H-E 400 X

Foto No. 4

EVIDENCIA DE POSITIVIDAD EN LAS CELULAS TUMORALES CON EL ANTICUERPO ANTI-MUSCULO LISO

unilaterales, tienen diámetros que oscilan desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros y sólo en raras oportunidades ocasionan sintomatología, la cual, está relacionada con el tamaño que alcancen. Se han reportado masas muy grandes que han llegado a medir hasta 36 x 32 x 25 cm y pesar 11.65 Kg, las cuales, se han visto asociadas a hidronefrosis, adherencias, compresión de los órganos pélvicos, ascitis, hidrotórax y con menos frecuencia a polimiositis; todos estos síntomas se han resuelto después de la ooforectomía del ovario comprometido (3-4, 6).

Se debe realizar el diagnóstico diferencial de los LPO con leiomiomatosis peritoneal diseminada, entidad que puede comprometer de manera secundaria al ovario; los tumores que crecen en el ligamento ancho; los leiomiomas uterinos parásitos y el leiomiomasarcoma ovárico (4, 7, 9-11). Se han propuesto muchas teorías para explicar el origen del LPO (4). Inicialmente, Doran pensó que este tumor podía originarse en las porciones del ligamento ancho que contenían músculo liso (12). Posteriormente, Kleitsman, sugirió que estos tumores podrían surgir a partir de células germinales indiferenciadas del estroma ovárico estimuladas que podían diferenciarse a células musculares lisas, con la eventual formación de leiomiomas (13). Wellman, propuso que el origen de esos tumores podía estar en áreas de endometriosis ovárica que contenían células musculares lisas (8). Henroth y Herzog, indicaron que estos leiomiomas podían derivarse del músculo liso propio de las paredes de los vasos del ovario (14). Finalmente y de acuerdo con los informes más recientes los LPO se originan a nivel de las paredes de los vasos sanguíneos del hilio ovárico o de las fibras musculares lisas cercanas a la unión de los ligamentos ováricos (5, 9, 15-16).

La idea que estos tumores migraran de una localización primaria en el útero o del ligamento ancho a la región

hiliar parece no ser válida dada la ausencia de otros tumores miomatosos a lo largo de esta vía teórica de migración, sin embargo, la concurrencia de estos tumores ováricos con miomas uterinos hace suponer un estímulo hormonal oncogénico común en su producción (5).

Al examen macroscópico estos tumores son sólidos, firmes, de forma ovalada o redondeada con una superficie lisa, al corte, son de color blanquecino o blanco amarillento y de aspecto arremolinado (5-6). También, pueden sufrir cambios degenerativos como los de su contraparte uterina, consistentes en hialinización, hemorragia, calcificación y formaciones quísticas (4, 6). Microscópicamente, tienen la apariencia típica de un leiomioma, las células que los constituyen son fusiformes y contiene un núcleo alargado en forma de "cigarro" y no presentan figuras mitóticas, ni pleomorfismo celular o nuclear. Las células tumorales forman haces que se cruzan con septos fibrosos, los cuales pueden ser amplios y mostrar hialinización. Las coloraciones histoquímicas y las inmunohistoquímicas confirman el origen muscular de este tumor como fue visto en nuestro caso (4-6). Cuando se encuentran estas lesiones su tratamiento es quirúrgico.

Conclusión

Los LPO son neoplasias poco frecuentes que deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial de los tumores sólidos de ovario vistos en mujeres perimenopáusicas con masa sólida de ovario y leiomiomas uterinos, ya que su curso es benigno, independiente de si causa o no alguna sintomatología. En nuestro caso como se describe de forma clásica para el LPO, el hallazgo fue incidental en una mujer de 43 años llevada a cirugía por una leiomiomatosis uterina sintomática.

BIBLIOGRAFIA

1. Khaffaf N., Khaffaf H., Wuketich S. Giant ovarian leiomyoma as a rare cause of acute abdomen and hydronefrosis. *Obstet. Gynecol.* 1996; 87: 872-873.
2. Van Winter JT., Stahhope CR. Giant leiomyoma associated with ascities and polymiositis. *Obstet. Gynecol.* 1992; 80: 560-563.
3. Fallahzadeh H., Dockerty M., Lee RA. Leiomyoma of the ovary: Report of five cases and review of the literature. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1972; 113: 394-398.
4. Talerman A. En: Blaustein's Pathology of the Female tract 4a. ed. New York: Springer-Verlag, 1994; 917-918.
5. Matamala MF., Nogales FF., Aneiros J., Herraiz MA., Caracuel MD. Leiomyomas of the ovary. *Int. J. Gynecol. Pathol.* 1988; 7: 190-196.
6. Wellman KF. Leiomyoma of the ovary: Report of an unusual case and review of the literature. *Can. Med. Assoc. J.* 1961; 85: 429-432.
7. Cass I., Heller DS., Goldstein M., Ahn WS., Schwartz IS. Pelvic mass as the initial symptom of ovarian leiomyoma. *Mt. Sinai J. Med.* 1990; 57: 122-124.
8. Azoury RS., Woodruff JD. Primary ovarian sarcomas. Report of 43 cases from the Emil Novak Ovarian Tumor Registry. *Obstet. Gynecol.* 1971; 37: 920-941.
9. Scully RE. Tumors of the ovary and maldeveloped gonads. In: Atlas of tumor pathology. 2nd series. Fascicle 16. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1979.
10. Doran A. On myoma and fibro-myoma of the uterus and allied tumors of the ovary. *Obstet Trans* 1888; 30: 410-434.
11. Kleitsman RJ. Ein Beitrag zur Kenntnis der Leiomyome des Ovariums. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* 1950; 29: 161-174.
12. Henroth F., Herzog M. Myoma ovarii; endothelioma ovarii; calcified corpus luteum. *Am. J. Obstet.* 1899; 40: 781-782.
13. Tsilacopoulos G., Tiltman AJ. Leiomyoma of the ovary: A report of 3 cases. *S. Afr. Med. J.* 1981; 59: 574-575.
14. Vierhout ME., Pijpers L., Ng A Tham M., Chadha-Ajwani S. Leiomyoma of the ovary. *Act. Obstet. Gynecol. Scand.* 1990; 69: 445-447.
15. Russell P., Farnsworth A. Surgical pathology of the ovaries. Churchill Livingstone. 2nd Edition. 1997. Appendix B, 684.
16. Russell P., Farnsworth A. En Surgical pathology of the ovaries. Churchill Livingstone Edited by Russell P, 2nd Edition. 1997; 320.