

LEIOMIOMAS DEL LIGAMENTO ANCHO

Presentación de 8 casos

Dr. Jaime Cantillo G.*

Dra. Laura Rojas R.**

Consideraciones embriológicas

En el embrión joven tanto macho como hembra, los mesonefrones y las gónadas se originan retroperitonealmente y forman una saliente en el celoma, rodeada de un pliegue de peritoneo. Los mesonefrones degeneran en forma más completa en la hembra que en el macho y su número decreciente hace que los pliegues peritoneales sean más delgados. En este período presentan un mayor o menor parecido con un par de mesenterios, suspenden el conducto de müller por sus bordes ventrales y los ovarios por sus bordes mesiales. Con la posterior degeneración del mesonefro y su reemplazo por tejido ofibroso, estos pliegues se convierten en la parte del ligamento ancho que sostiene las trompas uterinas (5). Más caudalmente en el cuerpo, donde los conductos de Müller se unen en la parte media para formar el útero, los pliegues peritoneales de sostén se fusionan mesialmente y constituyen la parte del ligamento ancho que sostiene al útero; quedando así entre la pared dorsal del cuerpo y el ligamento ancho, un sector de la cavidad peritoneal. A medida que el útero y la vagina crecen, este compartimiento presenta una menor profundidad. En el ligamento ancho hay cordones celulares rudimen-

tarios que constituyen la llamada red ovárica; esta experimenta cambios regresivos, normalmente deja poco o ningún vestigio en el ovario adulto. Por lo expuesto anteriormente podemos comprender que en el ligamento ancho pueden encontrarse diversidad de tumores sólidos y quísticos. Para Novak y Woodruff (4), el tumor más frecuente del ligamento ancho es el leiomioma, el cual se origina del tejido muscular liso normal que se encuentra en pequeñas cantidades entre las hojillas del ligamento ancho. Pueden alcanzar gran tamaño y comprimir uréteres o vasos sanguíneos pélvicos y la cirugía hacerse dificultosa.

Material

Por ser el primer leiomioma gigante del ligamento ancho, el cual pesó 23.650 grs. y corresponde al caso N° 8 de nuestra serie (Figs. 1 y 2), hicimos una revisión del material quirúrgico del Centro Hospitalario San Juan de Dios, que comprende el Hospital San Juan de Dios (HSJD) y el Institu-

* Profesor Asistente de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

** Profesora Asistente de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.



FIGURA N° 1 — Aspecto exterior del leiomioma del octavo caso. Hacia abajo y un poco a la izquierda como indica la flecha podemos ver el útero con varios leiomiomas. Las flechas señalan los ovarios, el izquierdo está alargado y distendido por el tumor.



FIGURA N° 2 — Superficie de corte del leiomioma gigante.

to Materno Infantil (IMI), de Bogotá, Colombia, arrojando una cifra de 112.-894 piezas quirúrgicas, dentro de las cuales solo encontramos 8 leiomiomas del ligamento ancho, en el lapso de 18 años 7 meses, (1-I-1953 al 31-VII-71), siendo ese el leiomioma de mayor tamaño y peso.

Dentro de esta revisión estamos seguros que todos los tumores corresponden al ligamento ancho y por leiomiomas uterinos con crecimiento intraligamentario. Si tenemos en cuenta estas cifras podemos decir que es un tumor poco frecuente (0.0017%) si, se le compara con la gran incidencia del leiomioma uterino y los de los otros órganos que son menos frecuentes, con respecto a nuestra casuística.

E nel Cuadro Nº 1, están consignados los datos clínicos más importantes del resumen de las historias clínicas de cada uno de los casos y en los

Cuadros Nos. 2 y 3 los datos anatomo-patológicos más interesantes.

Discusión

El tumor, es más frecuente en pacientes después de la cuarta y quinta década.

Edad: La paciente más joven tenía 43 años y la más vieja 66 años; siendo el promedio de edad de 56.12.

Paridad: La gran mayoría son multíparas, hay una primípara quien presentó el tumor a los 50 años y sólo una nulípara de 66 años de edad (Figuras Nos. 3 y 4), quien presentó el leiomioma gigante, objeto de esta publicación, con una evolución de 3 años. Se le intervino con el diagnóstico de quiste mucinoso. Se practicó histerectomía con salpingooforectomía bilateral. El útero era pequeño y atrófico, como corresponde a los úteros de nulíparas; presentaba varios leio-

LEIOMIOMAS DE LIGAMENTO ANCHO

Nº CASOS	EDAD	MOTIVO CONSULTA	EVOLUCION	EX. GINECOL.	DX. CLINICO	TRATAMIENTO	EVOLUCION
1 2 3 8 1 7 7	43 G2 P12	Masa Abdominal Dolor F.I.D	8 meses	Tumor cuerno Izq. Douglas doloroso	Miomatosis Uterina	Miomectomía	Buena
2 2 4 1 2 8 3	48 G7 P7	Masa Abdominal Dolor pelvico	1 Año	Tumor Llano Douglas doloroso	Miomatosis Uterina	Histerectomía S. O. I.	Buena
3 1 8 7 8 9 0	45 G3 P2 A1	Cuerpo extraño Vaginal	7 Años	Histerocele T. Anexo Izq.	Prolapso Q. Ovárico	Histerectomía Vaginal	Buena
4 4 0 3 7 6 9	55 G3 P2 A1	Masa en Abdomen Dolor	5 Años	Masa pelvica	Carcinoma de Ovario	Histerectomía S. O. B.	Buena
5 4 4 9 5 5 4	46 G8 P7 A1	" " "	3 Años	" "	" "	" " "	Buena
6 4 6 9 1 7 9	50 G1 P1	Cuerpo extraño vagina Hemorragia genital	1 Año	Utero Mimatoso Prolapso	Miomatosis Prolapso	Histerectomía Abd. Corrección Celes	Buena
7 5 5 1 3 9 9	46 G5 P4 A1	Masa Abdominal Dolor	1 Año	Masa pelvica Dolorosa	Carcinoma de Ovario	Histerectomía S. O. I.	Buena
8 4 5 7 2 8 4	66 —	" "	3 Años	" "	Quiste Ovario	Histerectomía S. O. B.	Muerte

J. CORTILLO &
L. ROJAS

CUADRO Nº 1

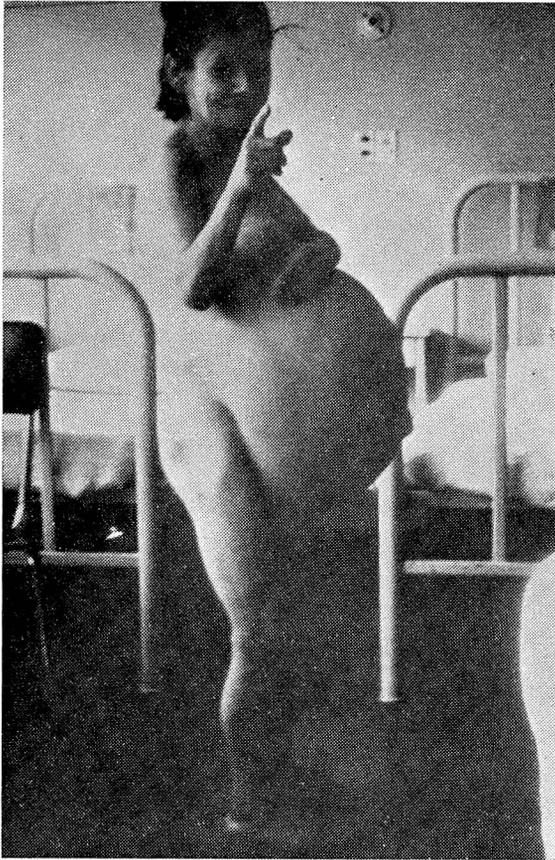


FIGURA N° 3 — La paciente del octavo caso presentando un abdomen protuberante por el gran tumor del ligamento ancho. Había además edema y fenómenos de isquemia en la parte distal de miembros inferiores.

miomas de localizaciones diversas (subserosos e intramurales), los ovarios y las trompas eran normales. De modo fácil se pudo evidenciar que el tumor no tenía ninguna relación con el útero, trompas y ovarios y que dependía única y exclusivamente de las hojillas del ligamento ancho izquierdo. También se pudieron individualizar los ligamentos redondos (1), comprobándose que el tumor no dependía de ellos.

Motivo de consulta: De las ocho pacientes, seis consultaron por masa y dolor abdominal y dos por cuerpo extraño, debido a prolapso genital.

Evolución: Va de 8 meses a 5 años, siendo el promedio de tiempo 3 años y 4 meses.

Examen ginecológico: Siempre fue posible encontrar masa hacia el lado donde estuviese el tumor, aunque fue-



FIGURA Nº 4 — Una fotografía lateral más de cerca de la misma paciente, donde podemos observar circulación colateral del abdomen por compresión del tumor.

se pequeño como en los casos 2, 3 y 6 que parecen ser los tumores de menor tamaño de la serie, ya que no existen datos de peso, y por las dimensiones se puede concluir que eran los tumores más pequeños.

Diagnósticos clínicos: En 3 casos se hizo el diagnóstico de miomatosis uterina y quiste de ovario, en 3 de carcinoma de ovario y en los otros dos, de prolapso. Como puede verse por lo general clínicamente el diagnóstico no se hace.

Tratamiento: A 3 pacientes se les practicó histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral, 3 histerectomías con salpingooforectomía, 2 izquierdas y 1 derecha; a otra la sola extirpación del tumor y una mujer histerectomía vaginal con extirpación del tumor y conservación de anexos, aquí, cabe considerar que el tumor tuvo que ser pequeño, cuando es así, en mujeres jóvenes puede realizarse la cirugía conservadora ya sea escogiendo la vía abdominal o vaginal, si se tiene en cuenta que la maligniza-

LEIOMIOMAS DE LIGAMENTO ANCHO

Nº PROT. Q.	CONSISTENCIA	DEGENERACION CAR. HIAL. QUIST.			UTERO	ANEXOS	DIAGNOSTICO
1 3177-60	FIRME		+		—	—	LEIOMIOMA
2 3768-60	"		+	+	ADENOMIOSIS	Q. FOLICULAR	"
3 1444-66	"		+		NORMAL	—	"
4 1173-66	BLANDA		+	+	MIOMATOSIS	Q. SIMPLE O. I.	"
5 2147-66	"	+		+	NORMAL	NORMAL	"
6 1513-67	FIRME				MIOMATOSIS	O. I. NORMAL	"
7 2750-69	BLANDA			+	NORMAL	O. D. NORMAL	"
8 2200-70	FIRME			+	MIOMATOSIS	NORMAL	"

J. CANTILLO G.
L. ROJAS

CUADRO Nº 2

LEIOMIOMAS DE LIGAMENTO ANCHO

Nº PROT. Q.	PESO	TAMAÑO	FORMA	LOCALIZACION		COLOR	CAPSULA
				DERECHO	IZQUIERDO		
1 3177-60	890 gr.	17-12-7	OVOIDE		+	ROJIZO	+
2 3768-66	—	10 cm.	REDONDO	+		BLANCO	+
3 1444-66	—	7-5 cm.	"		+	ROSADO	+
4 1173-66	6.650 gr.	38-32 cm.	"	+		GRISACEO	+
5 2147-66	9.145 gr.	40-28-18 cm.	"	+		BLANCO ROSADO	+
6 1513-67	—	3- Gm.	"		+	" "	+
7 2750-69	7.000 gr.	39-19 cm.	"	+		" "	+
8 2200-70	23.650 gr.	48-46-18 cm.	OVOIDE	+		GRISACEO	+

J. CANTILLO G.
L. ROJAS

CUADRO Nº 3

ción de estos tumores es muy baja, para Novak (4) es del 0.5%.

Evolución: Siete pacientes evolucionan sin complicaciones después de la cirugía, pero la última (8º caso), se complicó con peritonitis falleciendo por desequilibrio hidroelectrolítico, al 18º día del post-operatorio. Como comentario final valdría la pena decir, en cuanto a anatomía patológica, son tumores bien encapsulados con los cambios degenerativos benignos usuales por falta de irrigación de los mismos (Cuadros Nos. 2 y 3). Histológicamente son iguales a los leiomiomas de útero o a cualquier leiomioma de diferente órgano. Dentro de nuestra casuística, ninguno presentó cambios degenerativos de malignidad (3). Para nosotros el tumor es poco frecuente y estaríamos de acuerdo con Gardner (2), quien en su excelente revisión de tumores del ligamento ancho provenientes de diversos elementos ya sean sólidos o quísticos y dentro de su casuística solo encuentra 3 casos, de éstos ninguno con cambios degenerativos de malignidad.

Resumen y Conclusiones

Se presentan 8 casos de leiomiomas del ligamento ancho, obtenidos dentro de un lapso de 18 años y 7 meses (I-I-1953 al 31-VII-71) extraídos de 112.894 piezas quirúrgicas del Hospital de San Juan de Dios e Insti-

tuto Materno Infantil, encontrando un solo leiomioma gigante (23.650 grs.) de dicha estructura.

Consideramos que es un tumor entre nosotros poco frecuente, 0,0017%, siendo su incidencia de malignidad baja (0.5%). Por lo común en útero y en otros órganos, su idéntica morfología macro y microscópicamente, la literatura es escasa tanto nacional como internacionalmente, creemos que es el primer reporte nacional y queremos llamar la atención por ser tumores que pueden alcanzar gran tamaño y confundir el clínico con tumores malignos de ovario, por su evolución corta, y siempre se presenta en mujeres después de los 40 años.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BREEN, J. L. and NEUBECKER, R. D.: Tumors of the Round Ligament. *Obst. Gynec.* 19: 771, 1962.
- 2 GARDNER, G. H. GREENE and PECKHAM, B.: Tumors of the Broad Ligament. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 73: 356, 1957.
- 3 LOWELL D. M. and KARSH J.: Leiomyosarcoma of the Broad Ligament. A case report. *Obst. Gynec.* 32: 107, 1968.
- 4 NOVAK E. R., and WOODRUFF J. D.: Tumor of the Broad Ligament. *Gynec. and Obst. Pathology.* 6a. ed. Edit. Saunders Philadelphia. 283, 1967.
- 5 PATTEN B. M. Formación del ligamento ancho. *Embriología humana.* 4a. ed. El Ateneo. Argentina. 595, 1962.