

Leiomioma retroperitoneal: reporte de un caso

Retroperitoneal leiomyoma: report of a case

Sebastián Marchant H¹, Constanza Miranda S¹, Cristian Villanueva C¹, Angelina Lippi Q¹, Carolina Opazo T², Diego Hormachea F³

1. Licenciado en Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

2. Gineco-Obstetra. Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

3. Médico cirujano. Centro de Salud Familiar Amigable Las Torres, Viña del Mar, Chile

Correspondencia a:

Sebastián Marchant Herrera
Pablo VI, número 7, Valparaíso, Chile
seba.marchantt@gmail.com

Sin fuentes de financiamiento externo

Palabras Clave

Mioma retroperitoneal
Ecografía transvaginal
Biopsia
Malignidad

Key Words

Retroperitoneal myoma
Transvaginal ultrasonography
Biopsy
Malignancy

Recibido para publicación:
12 de Noviembre de 2016

Aceptado para publicación:
27 de Noviembre de 2016

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este artículo

Citar como:

Marchant S, Miranda C, Villanueva C, Lippi A, Opazo C, Hormachea D, et al. Retroperitoneal leiomyoma: report of a case. Rev ANACEM 2016; 10(2): 37-40

RESUMEN

Introducción: El mioma retroperitoneal es un tumor de músculo liso con baja incidencia, de etiología variada, siendo lo más frecuente debido a una larga exposición a estrógenos. **Presentación del caso:** Mujer de 52 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 e hipotiroidismo, consultó por irregularidad menstrual de 1 año de evolución. Al examen físico destacó una masa abdominal palpable y al tacto rectal abombamiento del fondo de saco posterior. Una ecografía transvaginal mostró una lesión sólida retro-uterina de 90x67x79mm por lo que se planteó como hipótesis diagnóstica un tumor pélvico, sin poder descartar origen anexial. Exámenes de laboratorio resultaron normales con marcadores tumorales negativos. Durante el intraoperatorio se identificaron anexos sanos y una masa retroperitoneal por lo que se decidió realizar tumorectomía y anexectomía izquierda por riesgo de bridas. La biopsia resultó compatible con neurilemoma, pero mediante inmunohistoquímica se confirmó diagnóstico de leiomioma. Cursó postoperatorio en buenas condiciones. **Discusión:** El leiomioma retroperitoneal es un diagnóstico diferencial de tumor retroperitoneal, a pesar de su baja incidencia y menor frecuencia que una tumoración maligna. Sus presentaciones clínicas más frecuentes son como masa abdominal palpable, distensión abdominal o asintomática. Actualmente ningún examen de laboratorio o imagenológico, ha demostrado una alta precisión para discriminar entre un tumor maligno y uno benigno, por lo cual, su confirmación sigue dependiendo de la biopsia excisional. La probabilidad de recurrencia es baja, sin embargo, si esta se presenta, puede deberse a un tumor maligno, por lo que es recomendable un adecuado seguimiento clínico e imagenológico de estas pacientes.

ABSTRACT

Introduction: The retroperitoneal myoma is a smooth muscle tumor with a low incidence, of varied etiology, being the most frequent due to a long estrogen exposure. **Case report:** Woman, 52 years old, with a history of diabetes mellitus type 1 and hypothyroidism who consulted for menstrual irregularity of 1 year of evolution. The physical examination revealed a palpable abdominal mass and rectal touch of the posterior recumbent sac. A transvaginal ultrasound showed a solid retro-uterine lesion of 90x67x79mm, so it was diagnosed a pelvic tumor, without being able to rule out adnexal origin. Laboratory tests were normal with negative tumor markers. During the intraoperative period, were identified healthy appendages and a retroperitoneal mass, so it was decided to perform tumorectomy and left annexectomy for the risk of flanges. The biopsy was compatible with neurilemoma, but by means of immunohistochemistry a diagnosis of leiomyoma was confirmed. Came postoperative in good condition. **Discussion:** Retroperitoneal leiomyoma is a differential diagnosis of retroperitoneal tumor, despite its low incidence and less frequent than a malignant tumor. Its most frequent clinical presentations are palpable abdominal mass, abdominal distension or asymptomatic. At present, no laboratory or imaging examination has shown a high precision to discriminate between a malignant tumor and a benign one, so that its confirmation

still depends on the excisional biopsy. The probability of recurrence is low, however, if it is present, it may be due to a malignant tumor, which is why it is advisable to have adequate clinical and imaging follow-up of these patients

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas o miomas son tumores frecuentes que pueden crecer potencialmente desde cualquier célula de músculo liso. Su forma más frecuente de aparición se da en mujeres en edad fértil a partir de tejido uterino, específicamente de miometrio, siendo los tumores pélvicos más frecuentes en la mujer (1).

Frecuentemente se localiza en relación al útero en sus formas: submucosa (dentro de la cavidad uterina), intramural (entre el miometrio) o subserosas (entre el útero y el peritoneo visceral). Sin embargo, en casos raros se puede presentar en el espacio retroperitoneal. Una revisión sistemática que abarcó publicaciones desde 1941 hasta el 2007 reportó solo 105 casos descritos (2).

Por otro lado, se describe que los tumores de músculo liso ubicados en retroperitoneo tienen una alta probabilidad de malignidad. Entre un 75% y 100% corresponderán a tumores malignos o sarcomas (2-3). Ha sido posible observar que diferentes factores etiológicos están involucrados en el desarrollo de este tipo de tumores; entre ellos raza negra, mayor exposición a estrógenos (menarquia precoz, menopausia tardía, uso de anticoncepción hormonal sistémica, fármacos inductores de la ovulación), obesidad, factores dietéticos y hereditarios (1).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 52 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 e hipotiroidismo en tratamiento, múltipara de 2 con 2 cesáreas anteriores, esterilización quirúrgica tubaria y papanicolaou al día. Consultó en servicio privado por un cuadro de irre-

gularidad menstrual de aproximadamente 1 año de evolución, por lo que se solicitó una ecografía transvaginal la cual informó una lesión sólida retro-uterina e izquierda de 90 x 79 x 67 mm con escasa vascularización periférica al doppler-color, sin adhesión a planos profundos, sugerente de mioma intramural seroso, sin poder descartar el origen ovárico de la misma. Con estos antecedentes fue derivada al policlínico de ginecología del Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

Fue evaluada a los 3 meses de la derivación, donde se evidenció una masa abdominal palpable comparable con un embarazo 14-16 semanas, tacto vaginal sin alteraciones y tacto rectal con abombamiento del fondo de saco posterior. Se midió niveles de prolactina, alfa fetoproteína (AFP), antígeno carcinoembrionario (CEA), antígeno carbohidrato 19-9 (CA 19-9) y antígeno carbohidrato 125 (CA-125), resultando todos ellos con valores normales. Los niveles de hormona folículo estimulante (FSH) y estradiol fueron compatibles con un estado de peri-menopausia.

Se planteó como diagnóstico un tumor pelviano, con la sospecha de un mioma versus un tumor anexial, proponiéndose como terapia la resolución quirúrgica mediante histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral. Se controló con una nueva ecografía transvaginal previo a la cirugía que describió características similares a la anterior (Figura 1), con sombra acústica posterior y escasa vascularización al doppler. Además se describió una lesión multiquistística anexial derecha de 35 x 27 x 35 mm de alto, ancho y largo respectivamente, con tabiques incompletos y mínima vascularización al doppler compatible con un hidrosalpinx.

Figura 1. Ecografía abdominal previo a cirugía que muestra lesión sólida retro uterina de 92 x 70 x 65 mm de alto, ancho y largo respectivamente

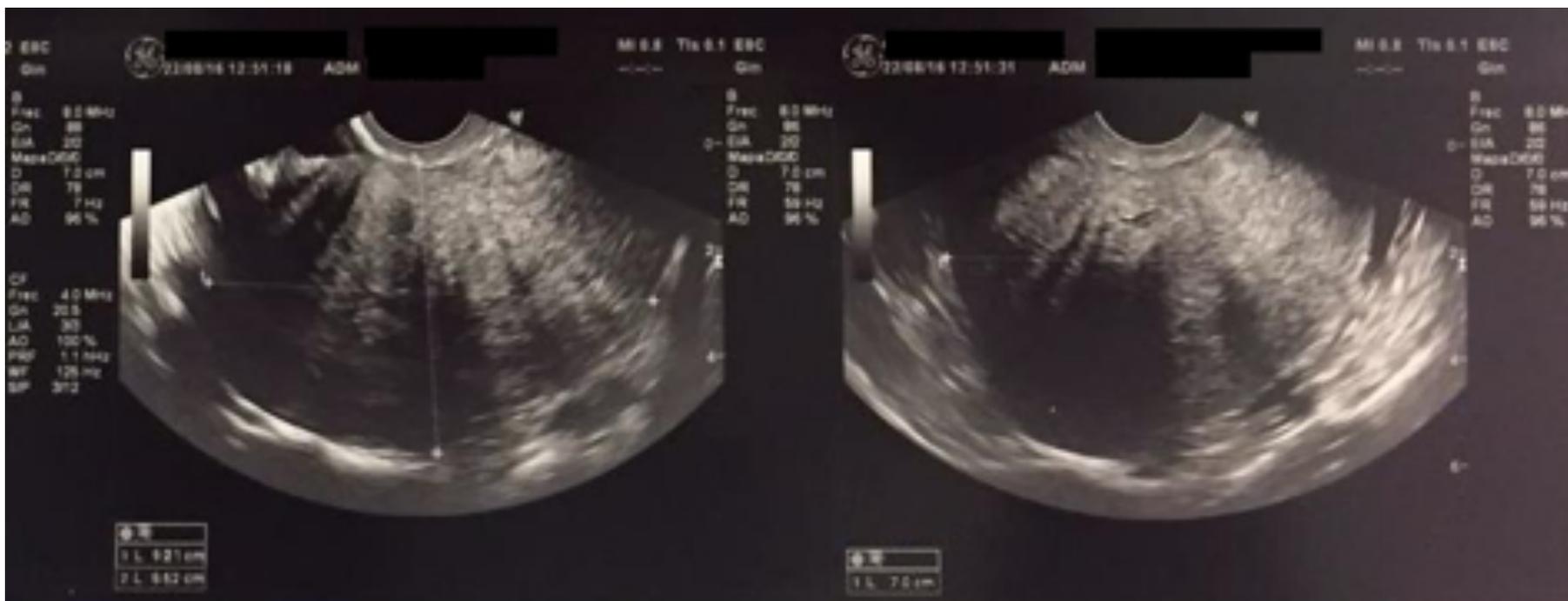


Figura 2. Pieza quirúrgica completa

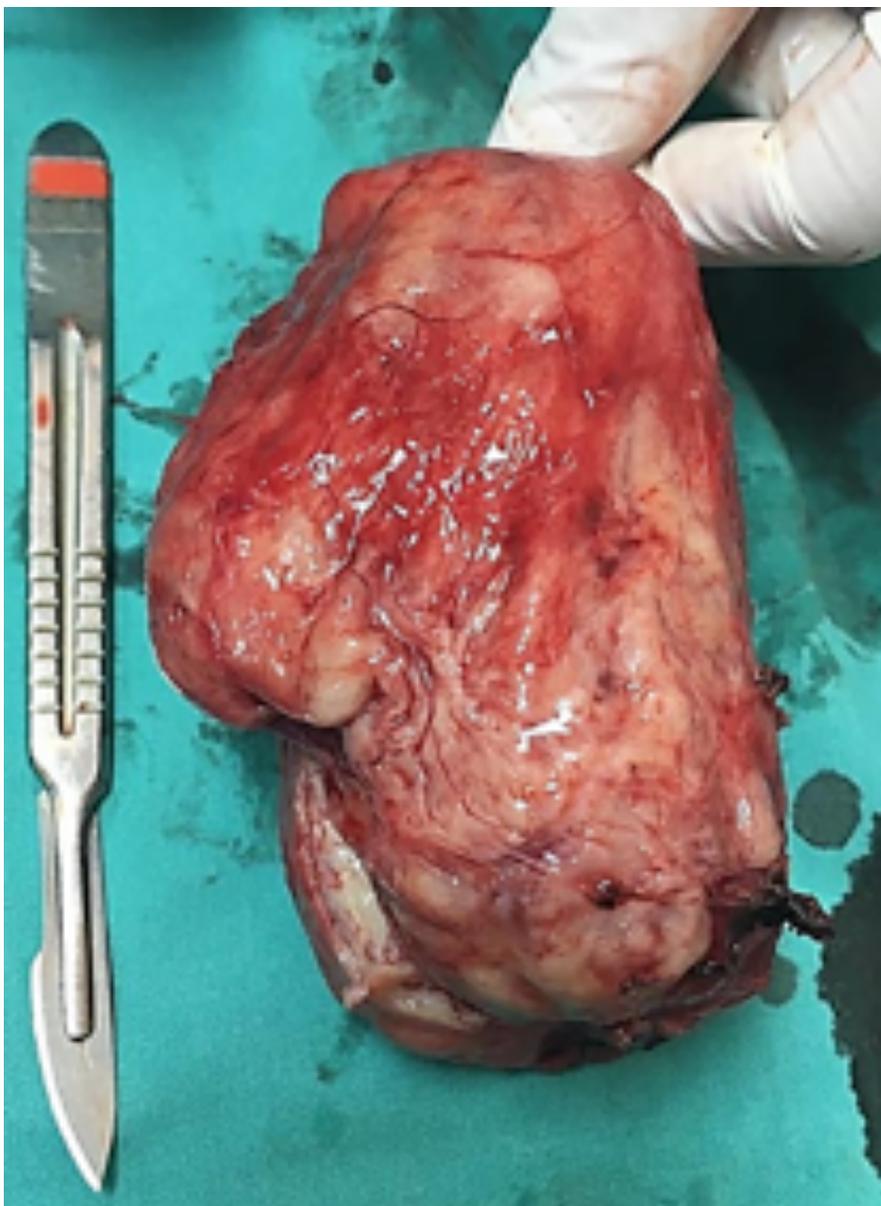
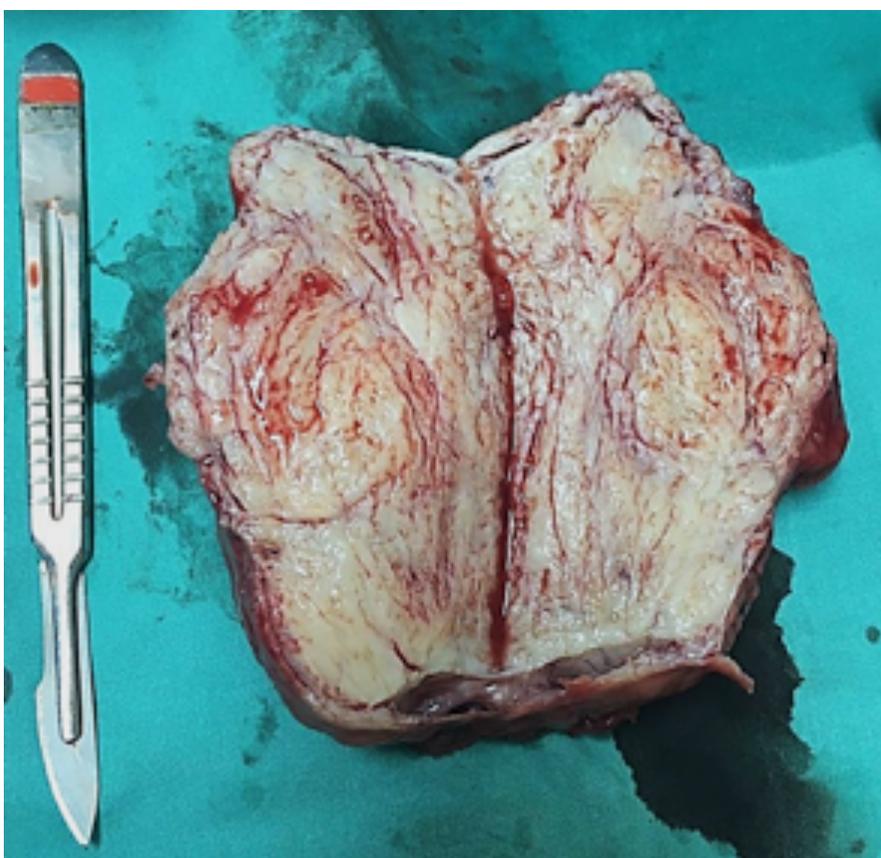


Figura 3. Pieza quirúrgica seccionada en línea media donde se aprecia aspecto fibroideo blanquecino



La cirugía se llevó a cabo mediante laparotomía donde se identificó el útero con anexos sanos, ambos ovarios atróficos y ligamentos anchos indemnes. La masa retroperitoneal de aproximadamente 15 x 10 cms de alto por ancho, era de consistencia sólida, con bordes irregulares ubicada en el espacio pararectal izquierdo, que desplazaba al recto y al útero hacia derecha y al uréter izquierdo, arterias vesicales y arteria uterina hacia anterior y derecha. No se encontraron otras lesiones pelvianas. Se realizó una tumorectomía retroperitoneal completa (figura 2 y 3) con pedículo vascular dependiente de paracolpo izquierdo y se debió realizar una aneختomía izquierda dado el riesgo de obstrucción intestinal por brida.

Evolucionó sin complicaciones quirúrgicas inmediatas o mediatas, dándose de alta a las 48 horas post cirugía. El resultado de las biopsias informaron: citología del líquido peritoneal negativa para células neoplásicas, anexo izquierdo normal sin signos de malignidad, tumor de 13x11x7 cm de alto, ancho y largo respectivamente de aspecto fibroideo blanquecino, con fina cápsula de 1-2 mm y signos histológicos compatibles con Schwannoma (neurilemoma retroperitoneal). Se solicitó inmunohistoquímica para confirmación diagnóstica la que resultó positiva para actina y negativo para S100 (-) que confirmó el diagnóstico de leiomioma retroperitoneal. Se realizó control clínico 1 semana posterior al alta encontrándose sin complicaciones ni molestias en relación a la cirugía por lo cual, se indicó seguimiento periódico y se inició terapia de reemplazo hormonal con tibolona 2,5 mg/día dado sintomatología climática.

DISCUSIÓN

Al enfrentarse a un tumor retroperitoneal, el leiomioma retroperitoneal es uno de los diagnósticos diferenciales a considerar, pese a su baja incidencia (2,3). En el 90% de los casos se presenta como masa abdominal palpable. Otras manifestaciones frecuentes son distensión abdominal o en forma asintomática, como se dio en el caso recién expuesto, donde la irregularidad menstrual de la paciente probablemente estaba en relación a su estado de perimenopausia concomitante. La importancia de este caso radica en la dificultad que representa un tumor retroperitoneal al momento de realizar el diagnóstico diferencial de malignidad. En estos casos es relevante el seguimiento dado la posibilidad de recurrencia y malignización.

Dentro de los tumores de músculo liso retroperitoneal son más frecuentes los malignos que benignos. En algunos reportes de autores, el origen sarcomatoso de estos oscila entre el 75 a 100% de los casos, mientras que se estima que la prevalencia de los leiomiomas retroperitoneales es de un 1.2% (2). Sin embargo, ninguna modalidad diagnóstica preoperatoria ha demostrado una alta sensibilidad ni especificidad para descartar malignidad (2-4). Las imágenes son ampliamente utilizadas, entre ellas la más utilizada es la ecografía abdominal (2), pero no es útil al momento de diferenciar tumores uterinos sarcomatosos de benignos, sino más bien para describir tamaño, topografía y relación con distintas estructuras (3-5-6). Un estudio prospectivo de 45 casos con diagnóstico de leiomioma retroperitoneal

mioma preoperatorio mostró una alta precisión de la resonancia magnética (RM) para diferenciar el leiomioma uterino del leiomioma sarcoma (7), siendo la mala definición de los márgenes lo más orientador a malignidad, sin embargo, aún se requieren más estudios en torno a su capacidad diagnóstica para que este examen por sí solo pueda obviar la necesidad de un diagnóstico histológico de estos tumores.

Por otro lado, el CA-125 tampoco ha demostrado ser sensible ni específico para los procesos malignos. Niveles elevados pueden estar en relación a fenómenos benignos o inflamatorios de cualquier tejido celómico como la endometriosis o una peritonitis, y en cuanto a su elevación por procesos tumorales se asocia más al tamaño tumoral que a su carácter maligno o benigno (5-8). Una revisión sistemática mostró que niveles elevados se dieron sobre todo en tumores sobre 13cm de diámetro mayor (2), lo que podría explicar que en este caso el CA-125 se mantuviera en rango normal.

Considerando entonces la dificultad diagnóstica al discernir benignidad mediante métodos no invasivos, la recomendación actual sigue siendo el diagnóstico anátomo-patológico del tumor mediante escisión completa (2-3-9). En el caso presentado, solo se utilizó como evaluación preoperatoria la ecografía abdominal y el CA 125 con sus ya conocidas limitaciones. No se utilizó RM dado el alto costo económico asociado y poca disponibilidad en el centro hospitalario. De todas maneras, la utilidad de la RM en este ámbito parece prometedora, pero se deben realizar nuevos estudios al respecto.

Por último, se ha reportado potencial recurrencia de esta patología benigna, cabiendo la posibilidad de que esta se dé como un tumor maligno. En una revisión sistemática de 105 casos hubo recurrencia en 5 pacientes, en un rango de tiempo entre 3 a 48 meses, identificándose en 3 de ellos malignización (2). En una publicación previa se describió que la incidencia de transformación sarcomatosa en leiomiomas uterinos oscila entre 0,04% y 0,7% (5-10). En vista de lo anterior, pese a la poca prevalencia de esta patología es pertinente el seguimiento clínico e imagenológico para buscar recurrencias, medida adoptada en este caso particular mediante controles periódicos, inicialmente clínicos cada 3 meses lo que en controles posteriores se complementará con ecografía abdominal, probablemente desde el año.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Stewart E. Epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, and natural history of uterine leiomyomas (fibroids). In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on April 29, 2016).
- (2) Poliquin V, Victory R, Vilos G. Epidemiology, presentation, and management of retroperitoneal leiomyomata: systematic

literature review and case report. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15(2):152-60.

- (3) Virseda J, Donate M, Pastor, H, Carrion P, Martinez J, Martinez C et al. Tumores retroperitoneales primarios. Revisión de nuestros casos de los diez últimos años. *Arch Esp Urol* 2010; 63(1):13-22.
- (4) Mahendru R, Gaba G, Yadav S, Gaba G, Gupta C. A Rare Case of Retroperitoneal Leiomyoma. *Case Rep Surg*. 2012; 2012:425280.
- (5) Dorigo O, Berek JS. Personalizing CA125 levels for ovarian cancer screening. *Cancer Prev Res (Phila)* 2011; 4:1356.
- (6) Victory R, Romano W, Bennett J, Diamond M. Uterine leiomyomas: epidemiology, diagnosis and management. In: Bieber EJ, Sanfilippo JS, Horowitz IR (eds). *Clinical Gynecology*. Philadelphia: Elsevier; 2006.
- (7) Schwartz LB, Zawin M, Louisa CM, Lange R, McCarthy S. Does pelvic magnetic resonance imaging differentiate among the histologic subtypes of uterine leiomyomata? *Fertil Steril*. 1998; 70:580-587.
- (8) Mullen JT, DeLaney TF. Clinical features, evaluation, and treatment of retroperitoneal soft tissue sarcoma. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on July 08, 2016).
- (9) Brugés R. Tumores retroperitoneales: un diagnóstico y tratamiento complicados. *Rev Colomb Cancerol*. 2015; 19(2): 59-60.
- (10) Breech LL, Rock JA. Leiomyomata uteri and myomectomy. In: Rock JA, Jones HW (eds). *Textbook of operative gynecology*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003, p. 753-798.