

Caso Clínico

Leiomioma submucoso de gran tamaño: una presentación inusual.

Reporte de Caso

Large submucosal leiomyoma. An unusual presentation. Case Report

Stalin Santiago Celi Simbaña¹ 

Washington Medardo Baca Mancheno² 

Viviana Carolina Naranjo Arboleda³ 

¹Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (I.E.S.S.), Centro de Especialidades "Comité del Pueblo", Comité de Docencia e Investigación del Centro de Especialidades "Comité del Pueblo". Quito, República del Ecuador.

²Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (I.E.S.S.), Centro de Especialidades "Comité del Pueblo", Ginecología y Obstetricia. Quito, República del Ecuador


³Universidad Técnica del Ecuador (UTE), Facultad de Ciencias de la Salud Eugenio Espejo, Carrera de Medicina. Quito, República del Ecuador.

RESUMEN

Se ha postulado que más del 70 % de las mujeres antes de la menopausia son diagnosticadas de leiomiomas; de estas un 25 % presentan sintomatología grave. La ecografía es la modalidad de imagen de primera elección para su estudio. Se tiene registros de progresión de leiomiomas a leiomiosarcomas, que conllevan a un mal pronóstico y son responsables de una cuarta parte de las muertes por neoplasias uterinas, con una supervivencia a 5 años que van desde 46-53 %, lo cual incentiva el diagnóstico precoz y eficaz de masas uterinas. El caso reportado es una presentación inusual de un leiomioma de gran tamaño, que por los hallazgos de imagen se reportó como una

Autor de Correspondencia: MSc. Dr. Stalin Santiago Celi Simbaña. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (I.E.S.S.). Centro de Especialidades "Comité del Pueblo". Comité de Docencia e Investigación del Centro de Especialidades "Comité del Pueblo". Quito, República del Ecuador. Correo electrónico: ssantiago.celi19@gmail.com

Artículo recibido: 27 de setiembre de 2022. **Artículo aprobado:** 21 de noviembre de 2022

 Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de [Licencia de Atribución Creative Commons](#), que permite uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se acredite el origen y la fuente originales.

Como citar este artículo: Celi Simbaña SS, Baca Mancheno WM, Naranjo Arboleda VC. Leiomioma submucoso de gran tamaño: una presentación inusual. Reporte de Caso. Rev. Nac. (Itauguá). 2022;14(2):094-103.

neoplasia maligna, su aspecto macroscópico totalmente atípico reforzaba la sospecha imagenológica. Solo se pudo determinar el diagnóstico definitivo mediante estudio histopatológico posterior a histerectomía. Las evaluaciones ginecológicas de rutina deben incluir exámenes especializados de imagen pélvica, la ausencia de presentación típica o síntomas característicos de una patología no debe ser motivo para obviar exámenes complementarios que permitan un diagnóstico oportuno y tratamiento eficiente de leiomiomas, incluso en casos de presentaciones inusuales y desafiantes para el diagnóstico, como el que se ha reportado en esta obra.

Palabras clave: Leiomioma, Leiomiosarcoma, informe de caso.

ABSTRACT

It has been postulated that more than 70% of premenopausal women are diagnosed with leiomyomas; Of these, 25% have severe symptoms. Ultrasound is the imaging modality of choice for its study. There are reports of progression from leiomyomas to leiomyosarcomas, which leads to a poor prognosis, and is responsible for a quarter of deaths from uterine neoplasms, with a 5-year survival ranging from 46-53%; this should encourage early and effective diagnosis of uterine masses. The reported case is an unusual presentation of a large leiomyoma, which due to its imaging characteristics, was reported as a malignant neoplasm. Its completely atypical macroscopic appearance reinforced the imaging diagnosis suspicion. The definitive diagnosis could only be determined by histopathological study after hysterectomy. Routine gynecological evaluations should include specialized pelvic imaging exams, the absence of a typical presentation or characteristic symptoms of a pathology should not be a reason to obviate ancillary testing that would allow a timely diagnosis and effective treatment of leiomyomas, even in unusual and challenging presentations, such as with the patient in this case report.

Keywords: Leiomyoma, Leiomyosarcoma, case report.

INTRODUCCIÓN

Se ha postulado que más del 70 % de las mujeres antes de la menopausia son diagnosticadas de leiomiomas; de estas un 25 % presentan sintomatología grave⁽¹⁾.

En Ecuador el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) reporto a los tumores uterinos como la décima causa de morbilidad femenina, en el año 2012⁽²⁾.

Los leiomiomas son tumores del miometrio, monoclonales y de características benignas, formados por matriz extracelular colágeno y fibronectina⁽³⁾.

Producen sangrado uterino anormal, presión en la pelvis, disfunción intestinal, poliuria, disuria, retención urinaria, lumbalgia, estreñimiento y dispareunia, la mayoría de los reportes evidencian lesiones múltiples, menores de 5 cm de diámetro. Lo habitual es que mientras más grande sea la masa, más sintomatología genere, deteriorando la calidad de vida de las pacientes afectadas⁽⁴⁾.

El crecimiento de estas lesiones se apoya en el estímulo hormonal de estrógenos y progesterona.

Su pico de prevalencia se encuentra en la edad reproductiva y habitualmente involucionan después de la menopausia⁽⁵⁾.

Las pacientes con leiomiomas presentan varias complicaciones importantes como: hemorragias intraabdominales, hemorragia masiva, anemia crónica, infertilidad, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y se considera un factor de riesgo para desarrollo de cáncer de ovario⁽⁶⁾.

Por estas razones los leiomiomas se mantienen como una patología relevante, ya que genera altas tasas de morbilidad femenina. Por otro lado, presentaciones inusuales como la descrita en esta obra, demuestran que es una patología en la cual se puede aportar conocimientos vanguardistas y variantes de las presentaciones típicas de los leiomiomas.

Diagnóstico: La ecografía endovaginal es la modalidad de imagen de primera elección para el estudio de los leiomiomas y se apoya en las imágenes obtenidas por resonancia magnética, ya que permiten una evaluación más precisa en casos de lesiones múltiples⁽⁷⁾.

Existen varios tipos de leiomiomas y es necesaria una correcta clasificación para la planificación del tratamiento y la prevención de complicaciones⁽⁷⁾.

La clasificación se basa en la ubicación del tumor en: subserosos (se proyectan fuera del útero), intramurales (dentro del miometrio), de la submucosa (se proyectan hacia la cavidad uterina) y cervicales⁽⁸⁾.

Tratamiento: El tratamiento puede ser clínico o quirúrgico dependiendo de las características y necesidades propias de cada paciente.

Tratamiento clínico: Se puede realizar con anticonceptivos orales siendo el levonorgestrel intrauterino el más eficaz, el ácido tranexámico un agente antifibrinolítico, los antiinflamatorios no esteroideos que reducen la pérdida de sangre y alivian el dolor, la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) y los moduladores de los agonistas selectivos de los receptores de progesterona (SPRMs) entre otros⁽⁴⁾.

Tratamiento quirúrgico: Se basa en la miolisis, miomectomía y/o histerectomía, que proporcionan una solución definitiva para los síntomas, sus limitantes son la preservación de la fertilidad⁽⁹⁾.

En los últimos años se han desarrollado opciones de cirugía mínimamente invasiva para pacientes que desean preservar su útero o en aquellas que la cirugía no se puede realizar por comorbilidades (10).

Pronóstico: Se tiene registros de progresión de leiomiomas a leiomiosarcomas (11), los cuáles conllevan a un mal pronóstico, y son responsables de una cuarta parte de las muertes por neoplasias uterinas en el mundo, con una supervivencia a 5 años que van desde 46-53 % (12). Razón por la cual es importante el reporte de este tipo de casos de presentación inusual, y que requieren confirmación histopatológica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 61 años, asintomática, sin antecedentes patológicos, ni hábitos tóxicos, negó alteraciones o patologías diagnosticadas en consultas ginecológicas previas. Su motivo de consulta fue una masa endometrial diagnosticada por ecografía endovaginal (Figura 1 A).

En la evaluación inicial se solicitó exámenes complementarios: elemental y microscópico de orina, biometría hemática, química sanguínea; los resultados obtenidos estuvieron dentro de parámetros normales.

Al examen físico, la especuloscopia evidencia masa redondeada de aproximadamente 2 cm de diámetro, paracervical izquierda, que no se describió en el estudio imagenológico previo. Con este hallazgo se decide hospitalización de la paciente para realizar biopsia de endometrio bajo anestesia general. Durante el procedimiento, con mínima manipulación, se lesionaron las paredes de la masa paracervical eliminando una secreción purulenta. Se tomó biopsia de endometrio para estudio histopatológico (Figura 1 B).

Imagen cortesía de: Dr. Washington Baca. Ginecólogo-Obstetra.
Centro de Especialidades Comité del Pueblo. IESS.

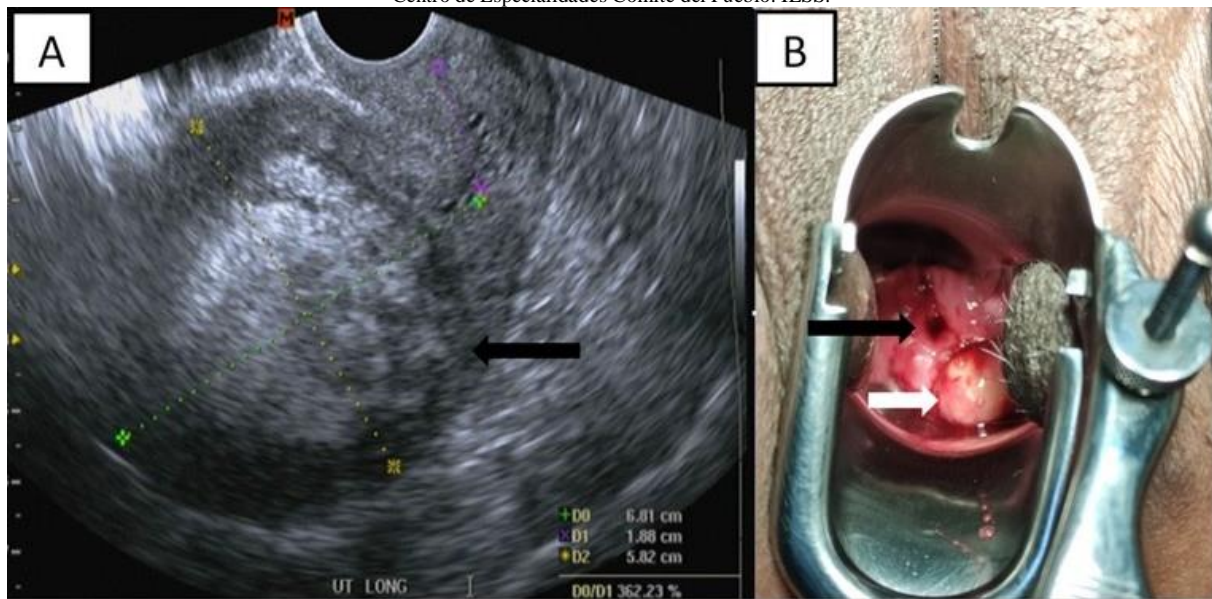


Figura 1: Ecografía y Especuloscopia. **A.** Ecografía endovaginal: Flecha negra: Muestra masa uterina de 6.81cm x 5.82cm. **B.** Visión externa macroscópica: Especuloscopia. Flecha negra: Orificio Cervical externo, Flecha blanca: Masa paracervical izquierda.

Se solicitó también estudios de marcadores tumorales en sangre: CA 125: 12.3 UI/ml, Alfafo proteína: 1.61 UI/ml, HE4: 54.36 pmol/L, Antígeno carcinoembrionario 1.09 ng/ml (resultados todos dentro de parámetros normales).

La biopsia endometrial reportó: "Endometrio constituido por glándulas tubulares rectas tapizadas por epitelio cilíndrico simple con estratificación sin cambios atípicos en un estroma celular muy rico en mitosis. Conclusión: Hiperplasia simple sin atipia". Con base en este resultado se descartó la etiología endometrial de la masa en estudio.

Se complementó la valoración con una tomografía simple y contrastada de abdomen y pelvis que concluyó: "Lesión expansiva en la cavidad endometrial, en el diagnóstico diferencial se sugiere como primera posibilidad sarcoma del estroma endometrial, menos probable cáncer de endometrio, adenomegalias intraperitoneales que sugieren metástasis (resultados que coincidían con resultados de ecografía y sospecha diagnóstica previa). Y esteatosis hepática moderada."

Considerando los resultados, se decidió resolución quirúrgica urgente mediante laparotomía exploratoria, que terminó en histerectomía abdominal con omentectomía. Los hallazgos quirúrgicos fueron: Útero de mediano tamaño, sin adherencias, superficie lisa, ovarios hipotróficos, no se encontró ganglios linfáticos engrosados, ni líquido libre en cavidad abdominal, epiplón de aspecto normal (Figura 2).

Imagen cortesía de: Dr. Washington Baca. Ginecólogo.
Centro de Especialidades Comité del Pueblo. IEES.

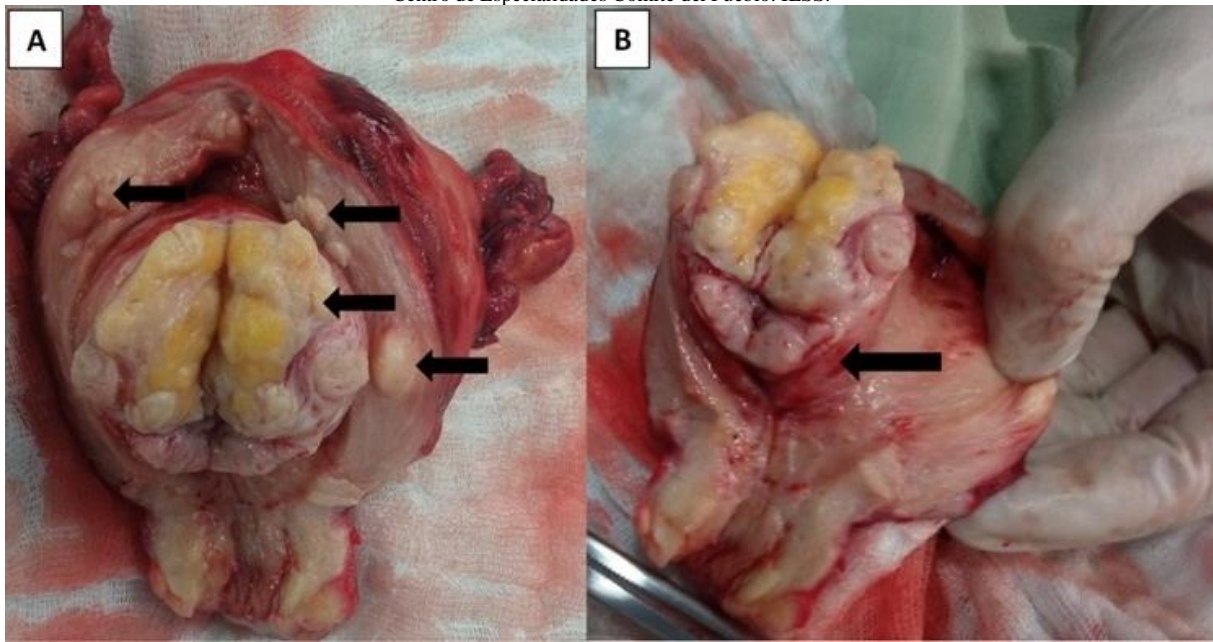


Figura 2: Pieza quirúrgica extirpada, útero y anexos. **A. Visión macroscópica:** Pieza quirúrgica extirpada: Útero y anexos, con corte longitudinal en cara anterior de útero, para exponer la presencia de lesiones en cavidad uterina. **Flechas negras:** Leiomiomas múltiples. **B. Visión macroscópica:** Pieza quirúrgica extirpada: Útero y anexos, con corte longitudinal en cara anterior de útero, para exponer lesiones en cavidad uterina. **Flecha negra:** Leiomioma submucoso; que demuestra extensión de la masa desde la pared uterina, para ocupar la cavidad endometrial.

Los tejidos resultantes fueron enviados para análisis histopatológico, los resultados de la biopsia de la pieza quirúrgica fueron: Fibroleiomioma submucoso con degeneración hialina, grasa y mixomatosa, cervicitis crónica reagudizada, hiperplasia quística simple del endometrio, fibroleiomiomas uterinos intramurales, ovarios y trompas dentro de la normalidad. No se observa malignidad en la muestra examinada (**Figura 3**).

Imagen cortesía de: Dr. Washington Baca. Ginecólogo.
Centro de Especialidades Comité del Pueblo. IESS

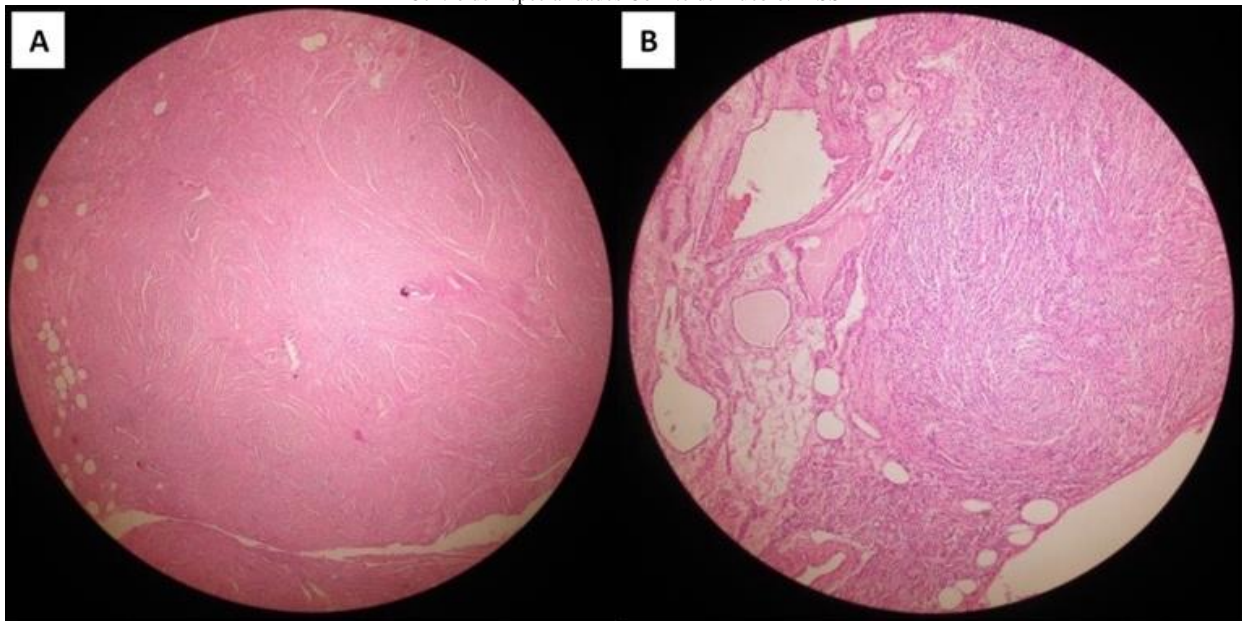


Figura 3: Cortes histológicos de pieza Quirúrgica post Histerectomía. **A: Epitelio exo y endocervical:** Morfología conservada, en el estroma subepitelial se observa infiltrado inflamatorio mixto disperso moderado y glándulas con dilatación quística. **B: Endometrio:** Se observan glándulas tubulares, rectas, revestidas por epitelio cilíndrico, sin atipias citológicas evidentes, algunas con dilatación quística y pseudoestratificación epitelial.

DISCUSIÓN

El caso reportado se trató de un leiomioma de gran tamaño y de presentación inusual, por la ubicación, proyección de la lesión hacia el endometrio y ausencia de síntomas; que junto a los resultados de imagen nos orientaron inicialmente a pensar en diagnósticos de neoplasias malignas uterinas, mismas que distan mucho en cuanto a manejo, pronóstico y sobrevida de los leiomiomas.

Por lo observado en el caso, podemos decir que a pesar de su naturaleza benigna, los leiomiomas representan un importante problema de salud pública, ya que producen un nivel significativo de morbilidad, ausentismo laboral y elevados costos de atención sanitaria, y por su alta prevalencia son la principal causa de histerectomía en pacientes postmenopáusicas ⁽¹³⁾.

La tasa de recidiva de estas lesiones es baja. Un estudio reciente mostró que el riesgo de cáncer uterino entre las mujeres con presuntos fibromas que se sometieron a una histerectomía fue de aproximadamente 1 caso por 300 mujeres con una disminución del riesgo de progresión mientras mayor sea la edad al momento del diagnóstico ⁽¹⁴⁾.

Es importante mencionar que los hallazgos descritos en las imágenes obtenidas por tomografía de Abdomen y Pelvis de la paciente, que indicaron: "adenomegalias intraperitoneales que sugieren

metástasis” no fueron consistentes con los hallazgos trasquirurgicos, ya que no se encontró ganglios engrosados durante la laparotomía, ni se reportó metástasis en los resultados de la biopsia. Pensamos que la inflamación reportada pudo desarrollarse por la cervicitis crónica secundaria a la presencia de material purulento en la pieza quirúrgica, que habría generado inflamación pélvica generalizada, misma que habría disminuido con el tratamiento clínico que recibió la paciente, durante la hospitalización preoperatoria.

Posterior a la histerectomía la evolución de la paciente ha sido satisfactoria y se encuentra en seguimiento periódico.

Entre las principales lecciones aprendidas con el caso, resaltamos que las evaluaciones ginecológicas de rutina deben incluir exámenes especializados de imagen pélvica, aun cuando esto pueda inicialmente aumentar los costos en la atención sanitaria, costos que serán contrarrestados con diagnósticos y tratamientos oportunos que generaran mayor sobrevida libre de enfermedad en pacientes correctamente tratadas.

Por otro lado, la ausencia de presentación típica o síntomas característicos de unopatología no debe ser motivo para obviar exámenes complementarios que permitan un acercamiento correcto al diagnóstico definitivo incluso en casos de presentación inusual como que se ha reportado en esta obra.

CONCLUSIÓN

Los leiomiomas se mantienen como una patología de alta prevalencia y tienen un espectro de presentación clínica muy amplio, lo que los convierte en un desafío diagnóstico importante en la práctica clínica.

Consideraciones éticas:

El trabajo respeta todos los principios éticos y mantiene el anonimato de los datos de los pacientes.

Conflictos de Interés:

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés en el desarrollo de la presente obra.

Financiamientos:

Trabajo totalmente financiado por los autores.

Declaración de contribución de autores:

Celi Simbaña SS: participó en la concepción y diseño del trabajo, recolección, análisis e interpretación de datos, preparación del artículo, revisión crítica y aprobación final.

Baca Mancheno WM: participó en la concepción y diseño del trabajo, recolección, análisis e interpretación de datos, preparación del artículo, revisión crítica y aprobación final.

Naranjo Arboleda VC: participó en la concepción y diseño del trabajo, recolección, análisis e interpretación de datos, preparación del artículo, revisión crítica y aprobación final.

REFERENCIAS:

1. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG*. 2017;124(10):1501-1512. doi: 10.1111/1471-0528.14640.
2. Ugarte Vega ME. Miomatosis uterina en Hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre enero 2014 – diciembre 2015. Tesis [Internet]. 2017 [citado el 24 de Septiembre de 2022]. Universidad de Guayaquil: Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33056/1/CD%202040-%20UGARTE%20VEGA%20MARIA%20EUGENIA.pdf>
3. Juhasz-Böss I, Gabriel L, Bohle RM, Horn LC, Solomayer EF, Breitbach GP. Uterine Leiomyosarcoma. *Oncol Res Treat*. 2018;41(11):680-686. doi: 10.1159/000494299.
4. De La Cruz MS, Buchanan EM. Uterine Fibroids: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2017;15;95(2):100-107. Disponible en: <https://www.aafp.org/dam/brand/aafp/pubs/afp/issues/2017/0115/p100.pdf>
5. Parker WH. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril*. 2007;87(4):725-36. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.01.093.
6. Ugarte Vega ME. Miomatosis uterina en Hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre enero 2014 – diciembre 2015”. Tesis [Internet]. 2017 [citado el 24 de Septiembre de 2022]. Universidad de Guayaquil: Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33056/1/CD%202040-%20UGARTE%20VEGA%20MARIA%20EUGENIA.pdf>
7. Gómez E, Nguyen MT, Fursevich D, Macura K, Gupta A. MRI-based pictorial review of the FIGO classification system for uterine fibroids. *Abdom Radiol (NY)*. 2021;46(5):2146-2155. doi: 10.1007/s00261-020-02882-z.

8. AAGL Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide, Munro MG, Storz K, Abbott JA, Falcone T, Jacobs VR, *et al.* AAGL Practice Report: Practice Guidelines for the management of hysteroscopic distending media: (Replaces Hysteroscopic Fluid Monitoring Guidelines. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000;7:167-168.). *J Minim Invasive Gynecol.* 2013;20(2):137-48. doi: 10.1016/j.jmig.2012.12.002.
9. Stewart EA, Gostout B, Rabinovici J, Kim HS, Regan L, Tempany CM. Sustained relief of leiomyoma symptoms by using focused ultrasound surgery. *Obstet Gynecol.* 2007;110(2 Pt 1):279-87. doi: 10.1097/01.AOG.0000275283.39475.f6.
10. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N, Special Contributors. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(2):157-178. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30338-8.
11. Parker WH. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril.* 2007;87(4):725-36. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.01.093.
12. Pietzner K, Buttman-Schweiger N, Sehouli J, Kraywinkel K. Incidence patterns and survival of gynecological sarcoma in Germany: analysis of population-based cancer registry data on 1066 women. *Int J Gynecol Cancer.* 2018;28(1):134-138. doi: 10.1097/IGC.0000000000001128.
13. Mas A, Simón C. Molecular differential diagnosis of uterine leiomyomas and leiomyosarcomas. *Biol Reprod.* 2019;101(6):1115-1123. doi: 10.1093/biolre/iory195.
14. Stewart EA. Clinical practice. Uterine fibroids. *N Engl J Med.* 2015;372(17):1646-55. doi: 10.1056/NEJMcp1411029.