



ELAS

Diagnóstico de la mujer

8

LEIOMIOSARCOMA UTERINO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Agustina Fiori
Roberto L. Villavicencio

PRESENTACIÓN DEL CASO

- Paciente de 43 años que le indican una RMI de abdomen y pelvis con contraste EV por masa pélvica palpable de rápido crecimiento.
- Como única medicación refiere anticonceptivos orales.
- La paciente aporta una ecografía ginecológica de hace 8 meses que informa un mioma intramural-subseroso posterior de 14 x 8 cm.
- Se le solicita **RMI de abdomen y pelvis con contraste EV.**

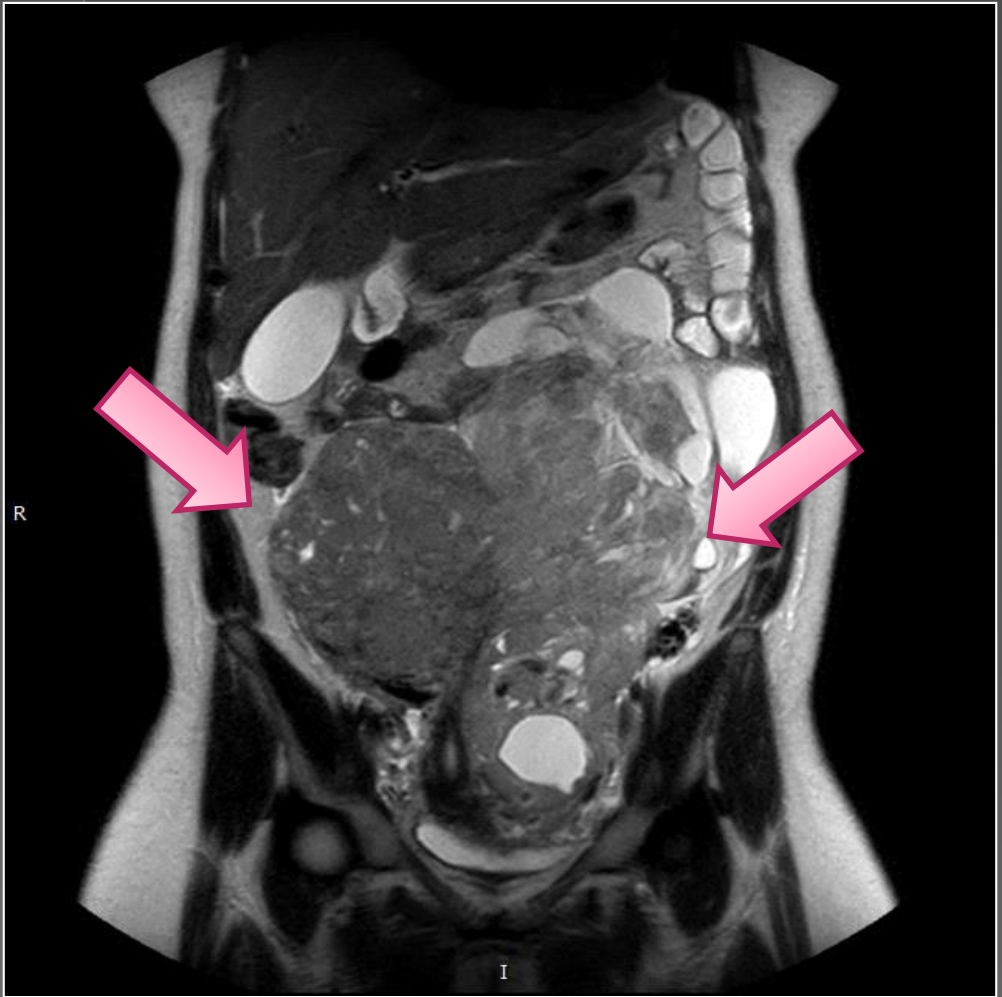


FIGURA 1: T2 coronal. Se observa una lesión de señal heterogénea que invade el útero, adyacente al mismo se identifica una masa de señal heterogénea con áreas quísticas que sugieren invasión peritoneal. No se logran reconocer los ovarios.

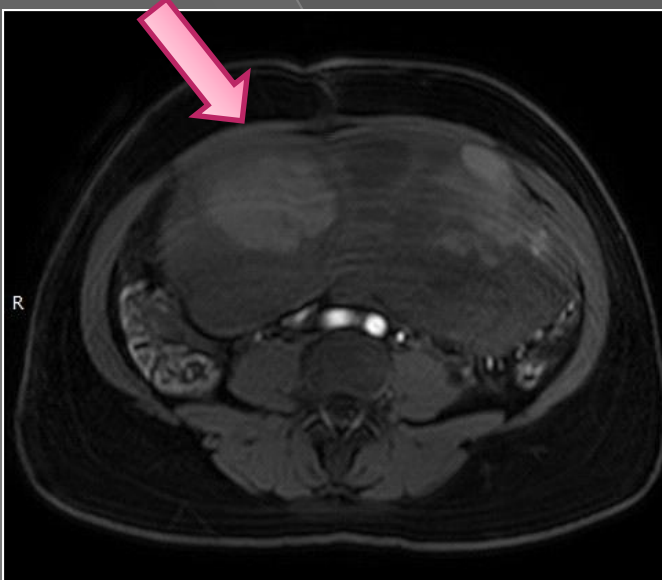


FIGURA 2: Coronal T2 y axial T1 con Fat Sat. Se observa un área hiperintensa en T1 e hipointensa en T2 dentro de la tumoración uterina, en relación a hemorragia.

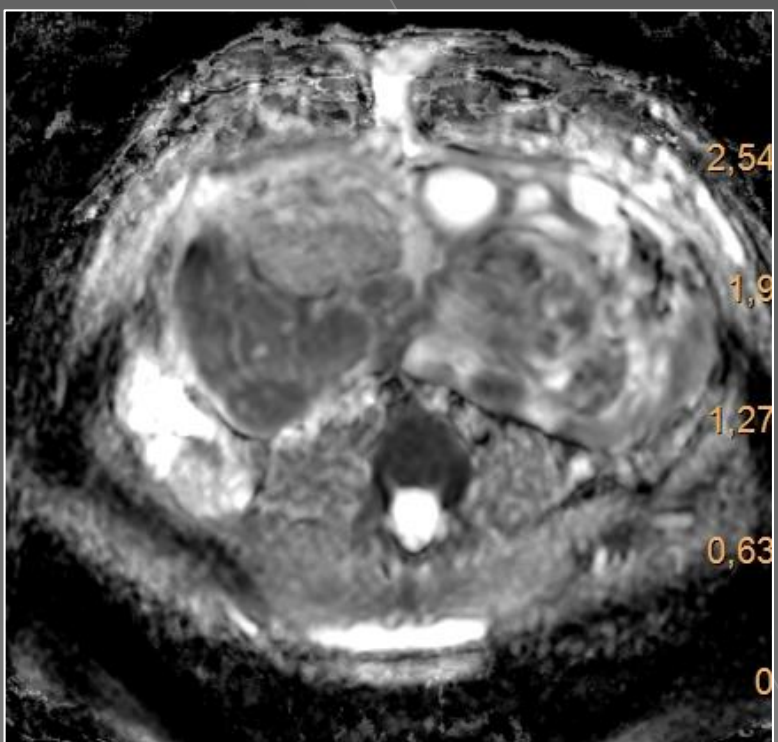
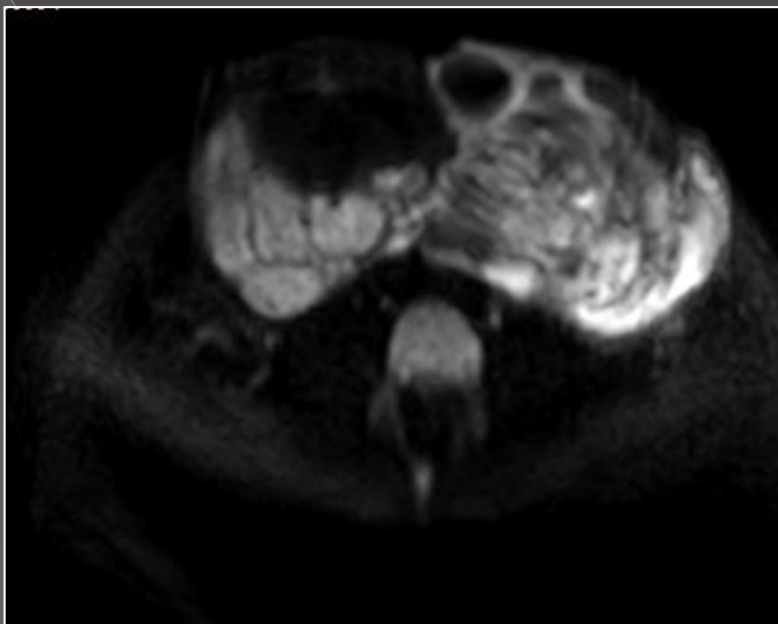


FIGURA 3: Se observa restricción a la difusión de la masa uterina y peritoneal.

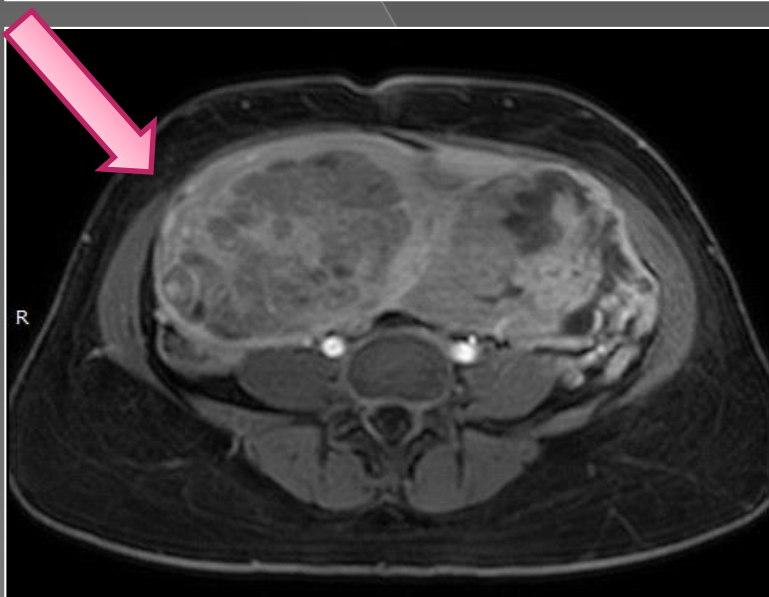
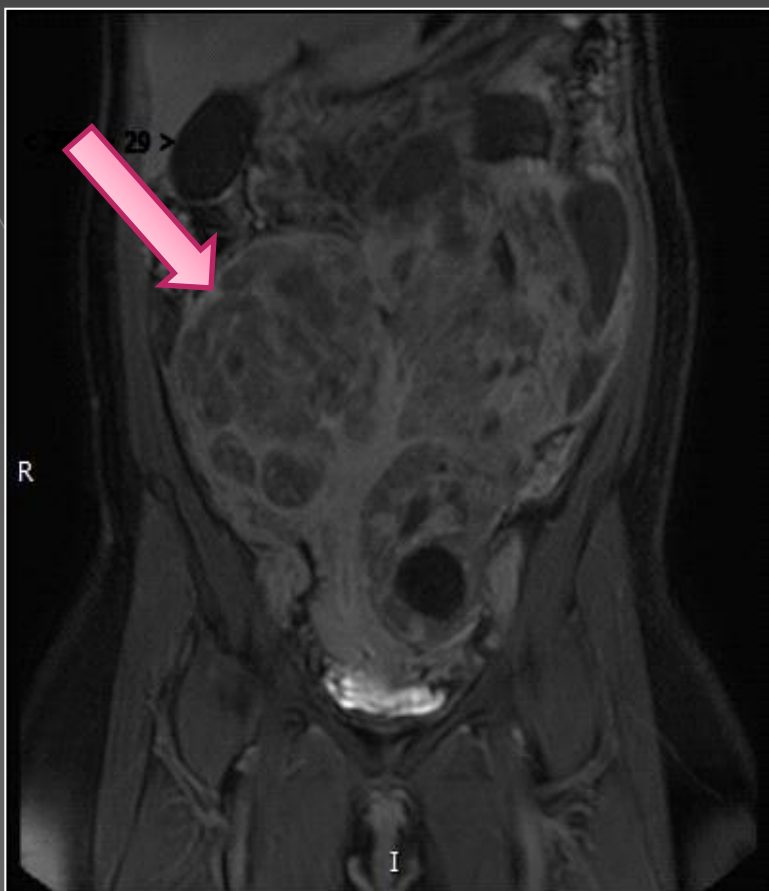


FIGURA 4: T1 con contraste EV coronal y axial. La lesión uterina y la masa peritoneal demuestran un realce marcado heterogéneo.

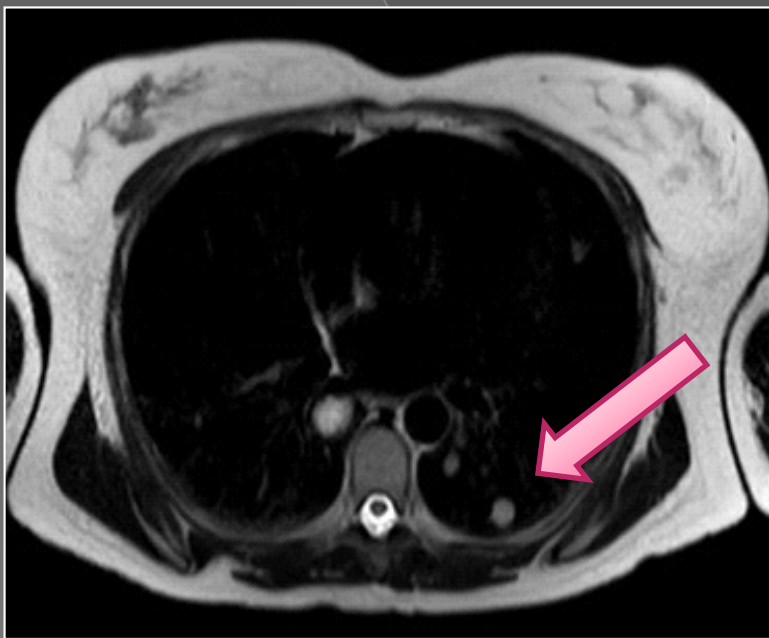
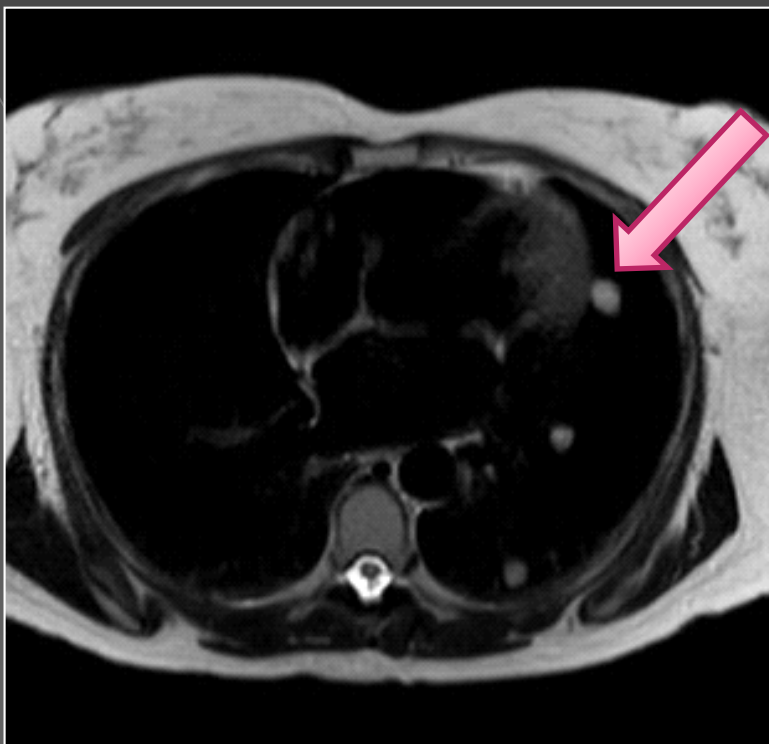


FIGURA 5: T2 axial de bases pulmonares. Se identifican nódulos hiperintensos en relación a metástasis pulmonares en suelta de globos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Material remitido en formol rotulado. Anexo histerectomía

Macroscopía. Pieza de histerectomía total , útero de 17 x 11 x 9,4 cms., le corresponden al cuello 4,4 x 2,3 x 2,2 cms. adherido al cuerpo del útero que tiene forma globulosa se destaca lesión tumoral sólida de superficies anfractuosas con áreas desgarradas y desprendidas a nivel del istmo, mide 16 x 15 x 7 cms. Al corte canal endocervical permeable, cavidad endometrial colapsada por tumor miometrial de 21,5 cms. por 14 cms. que muestra a igual que el tumor para uterino es sólido con focos de necrosis y hemorragia. Anexo izquierdo, trompa de 5 cms. por 0,5 cms. y ovario sólido de 5 cms. por 2,3 cms. Anexo derecho no reconocible, a este nivel se destaca tejido de aspecto tumoral de 2,8 cms. por 2,4 cms.

Microscopía. En los cortes a distintos niveles de la inclusión en parafina coloreados con H.& E. se observa sarcoma de alto grado por pleomorfismo nuclear, necrosis y alto índice de mitosis (40/10c.g.a.) que invade todo el espesor miometrial y extra uterino sin margen de resección por tejido sin lesión. Se reconoce angio invasión. Ovario izquierdo sin metástasis.

Inmunomarcación. Cortes de la lesión son procesados para inmuno-histoquímica en forma automática con BenchMark GX Ventana de Roche según protocolo del mismo en procesamiento.

Caldesmon (+); desmina (+); CD 34 (-).

Leiomiomasarcoma uterino de alto grado que invade todo el espesor del miometrio con compromiso extra uterino. Alto índice de mitosis y angio invasión. Ovario izquierdo sin metástasis. No se reconoce ovario derecho. Margen de resección por lesión.

DRA. VALERIA RONCORONI

02/082/12512

DR. JAIME FERRER

02/029/5740

DRA. MARISOL FERRER

02/133/20739

LEIOMIOSARCOMA UTERINO DE ALTO GRADO

REVISIÓN DEL TEMA

- Los sarcomas uterinos son un grupo heterogéneo de tumores de origen mesenquimal, representan el 8 % de los tumores uterinos malignos.(1)
- Estos tumores se pueden originar del musculo liso en el miometrio (leiomiosarcoma), del estroma endometrial (sarcoma endometrial y sarcoma endometrial indiferenciado) o ambos (carcinosarcoma).(1)
- El leiomiosarcoma es la segunda variante histológica más frecuente, luego del carcinosarcoma(1). Puede originarse de novo, y raramente en el 0,2% de los casos se originan a partir de un leiomioma. (1)

REVISIÓN DEL TEMA

- Tienen un comportamiento agresivo y una supervivencia a los 5 años del 18-68%, que varía según el estadio.(1)
- El leiomiosarcoma aparece en mujeres cerca de los 40 años, con una media a los 60 años. (1)
- Como factores de riesgo se reconocen el tamoxifeno y la radiación pélvica.(1)
- Las formas de presentación más habituales son la hemorragia vaginal, dolores pelvianos y masa pélvica.(2)

REVISIÓN DEL TEMA

- Hasta el año 2009 el sarcoma de útero y el carcinoma de endometrio se estadificaban con los mismos criterios, publicados por el sistema de estadificación de la FIGO (Federation of Gynecologic and Obstetrics), en el año 1988.
- Al observarse diferencias importantes en el comportamiento clínico entre ambos tipos de tumores, la FIGO elaboró nuevas clasificaciones que se publicaron en el año 2009.(3)

Clasificación de la FIGO

Estadificación de Sarcomas Uterinos

Estadio	Descripción
Leiomiomasarcoma y Sarcoma del Estroma Endometrial	
I	Tumor Limitado al Utero.
IA	Menor o igual a 5cm.
IB	Mayor de 5 cm.
II	Tumor mas allá del útero pero limitado a la pelvis.
IIA	Involucro anexial.
IIB	Involucro a otros órganos pélvicos.
III	Tumor que involucra tejidos abdominales (no solo protruyente en el abdomen).
IIIA	Un sitio.
IIIB	Más de un sitio.
IIIC	Involucro ganglionar pélvico y/o para-aórtico .
IV	
IVA	Invasión de vejiga y/o recto.
IVB	Metástasis a distancia.

REVISIÓN DEL TEMA

- La diferenciación preoperatoria entre sarcomas y adenocarcinomas es importante, ya que el pronóstico y el tratamiento pueden diferir, en este aspecto la RMI con contraste EV tiene un rol clave.
- Los leiomiomas se manifiestan como grandes masas infiltrantes del miometrio, hipointensas en T1 con márgenes poco definidos e irregulares, en T2 tienen señal intermedia, con hiperintensidad en T2 indicativa de necrosis (> 50% de los casos). Pueden tener hemorragia y calcificaciones.(1)
- Después de la administración de contraste tienen un realce heterogéneo. (1)
- La invasión peritoneal es un factor de mal pronóstico.(1)

REVISIÓN DEL TEMA

- La RMI nos permite orientarnos hacia el tipo histológico, la invasión de los ganglios linfáticos indica que la lesión primaria podría ser carcinosarcoma y la diseminación hematógena sugiere leiomioma. (3)
- La cirugía es el método de elección para el diagnóstico y tratamiento primario y consiste en histerectomía abdominal total, salpingo-ooforectomía bilateral, citología peritoneal, evaluación intraoperatoria de los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos, examen del peritoneo, epiplón y parte superior del abdomen (3).

CONCLUSIÓN

- Se presenta el caso de leiomiiosarcoma como patología tumoral maligna poco frecuente del útero y la utilidad de la resonancia para el diagnóstico y para planear el tipo de cirugía.
- Los leiomiiosarcomas uterinos se presentan como grandes masas heterogéneas en T2 que reemplazan la totalidad del útero, y pueden tener compromiso peritoneal como el caso de nuestra paciente.
- La resonancia es la metodología adecuada para su diagnóstico y planificación quirúrgica, la TAC se utiliza en el seguimiento y en la evaluación de metástasis.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Santos P and Margarida Cunha.T. Uterine sarcomas: Clinical presentation and MRI features. NCBI. [Diagn Interv Radiol](#). 2015. Jan-Feb; 21(1): 4–9. Published online 2014 Oct 28. doi: [10.5152/dir.2014.14053](#)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4463355>
- 2- Shaan H. Shah, Jyothi P. Jagannathan, Katherine Krajewski Uterine Sarcomas: then and now 2012-AJR. July 2012, Volume 199, Number 1
<https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.11.7287>
- 3- A. Iglesias Castañón, M. Arias González, M. Herreros Villaraviz, A. Nieto Parga, B. Nieto Baltar, J. Mañas Uxó . SERAM 2014 / s-0754- Nueva clasificación de la FIGO en los sarcomas uterinos: ¿Qué ha cambiado?
http://posterng.netkey.at/es/viewing/index.php?module=viewing_poster&pi=123928
- 4- .Hernández mateo, Méndez Fernández R y Serranotamayo.E. Sarcoma uterino frente a adenocarcinoma: ¿es posible distinguirlos mediante Resonancia Magnética? Servicio de radiodiagnóstico, Hospital clínico San Carlos, Madrid, España-2015
<http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-sarcoma-uterino-frente-adenocarcinoma-es-S0033833815001824>