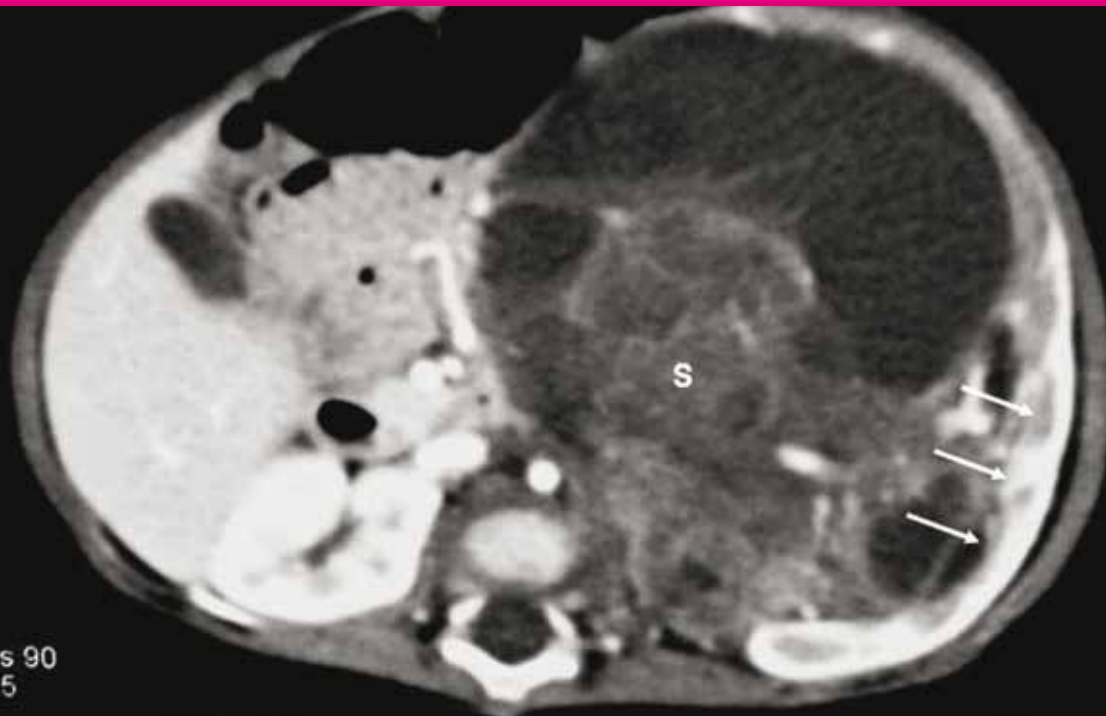


LEIOMIOMA QUÍSTICO GIGANTE QUE SIMULA UN CÁNCER DE OVARIO. INFORME DE UN CASO

GIANT CYSTIC LEIOMYOMA MIMICKING AN OVARIAN CANCER. INFORM OF A CASE

Jorge Ortiz González¹, Lilia Puente Palacios², Estela Uscanga Chávez³, Erandeny Espinoza Morales⁴, Pedro Guillermo Coronel Brizio⁵



RESUMEN

Introducción: Reportamos el caso inusual de un quiste gigante de ovario que simulaba clínicamente una neoplasia maligna ovárica. **Descripción del caso:** Mujer de 36 años de edad que se presentó con una masa quística gigante abdominal. La tomografía axial computarizada mostró un tumor quístico extrauterino de grandes dimensiones probablemente originado en ovario y asociado a elevación del marcador tumoral CA-125. El diagnóstico presuntivo preoperatorio fue de una neoplasia epitelial maligna del ovario. La paciente se sometió a laparotomía exploradora media abdominal y se extirpó una gran masa originada del fondo uterino. Los ovarios sin afección aparente. El examen transoperatorio por congelación fue negativo para malignidad. **Resultados:** El estudio histopatológico definitivo reveló una degeneración quística masiva y edematosa en un leiomioma uterino. La pa-

ciente se recuperó satisfactoriamente sin eventualidades. **Conclusiones:** El leiomioma subseroso con degeneración quística masiva debe ser considerado en el diagnóstico diferencial del cáncer de ovario.

Palabras clave: leiomioma uterino, degeneración quística, cáncer de ovario.

ABSTRACT

Introduction: We report an unusual case of uterine giant cyst, mimicking a primary malignant ovarian neoplasm. **Case report:** A 36-year-old woman presented with a cystic giant abdominal mass. Computed tomography showed a cystic extrauterine mass arising from uterine anexa and extending into the abdomen. Tumor marker Cancer Antigen 125 levels were raised. A preoperative diagnosis of a malignant ovarian neoplasm was made. The patient underwent midline laparotomy and the large mass was resected of the uterine fundus.

The ovary was not involved. Transoperative frozen section study was negative for cancer. **Outcome:** Definitive histopathological examination revealed a massive cystic and edematous degeneration in uterine leiomyoma. The patient made an uneventful recovery. **Conclusion:** Subserosal uterine leiomyoma with massive cystic degeneration should be considered in the differential diagnosis of ovarian cancer.

Key Words: Uterine leiomyoma, cystic degeneration, ovarian cancer.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad quística de la pelvis femenina es común. La mayoría de los casos se originan en el ovario y pueden variar desde la forma simple, quiste funcional, hasta el cáncer de ovario.⁽¹⁾ El mioma uterino es el tumor benigno ginecológico más frecuente. La presentación clínica atípica que si-

¹ Cirujano Oncólogo. Jefe de Enseñanza, Capacitación e Investigación del Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa" (Cecan) de Jalapa, Veracruz.

² Médico adscrito al Servicio de Patología del Cecan.

³ Jefa del Servicio de Patología del Cecan.

⁴ Médico general de la Universidad Veracruzana.

⁵ Ginecólogo adscrito al Servicio de Cirugía del Cecan.

Correspondencia: Dr. Jorge Ortiz González. Jefatura de Enseñanza del Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa" (Cecan) Jalapa, Veracruz. Aguascalientes No. 100 Colonia Progreso C.P. 91130. Tel: (228) 843 3590 al 97 Ext. 1402 y 1403. Correo electrónico: ortizgonzalezj@gmail.com

guen a los cambios degenerativos de los miomas pueden causar confusión en el diagnóstico no solo por imagen sino desde el punto de vista histológico.^(2,3) Reportamos los resultados tomográficos, quirúrgicos e histopatológicos de un caso poco común de un quiste gigante originado en la musculatura del útero, tratado quirúrgicamente en el Centro Estatal de Cancerología (CECan) "Dr. Miguel Dorantes Mesa".



Figura 1. Aspecto del tumor abdominal a la inspección clínica.

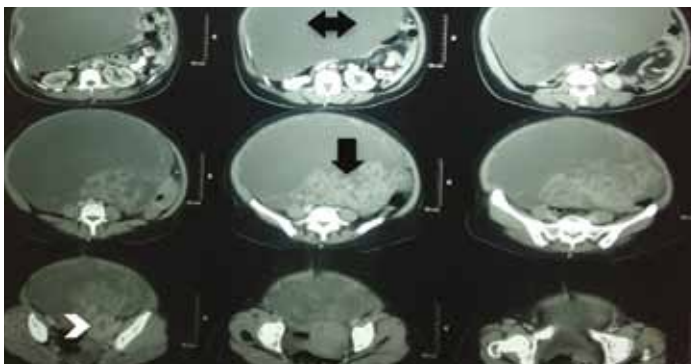


Figura 2. Los cortes axiales de la tomografía helicoidal contrastada muestran la zona quística del mioma uterino (flecha negra derecha e izquierda), el área sólida multilobulada (flecha negra abajo) y el útero (cabeza de flecha blanca).

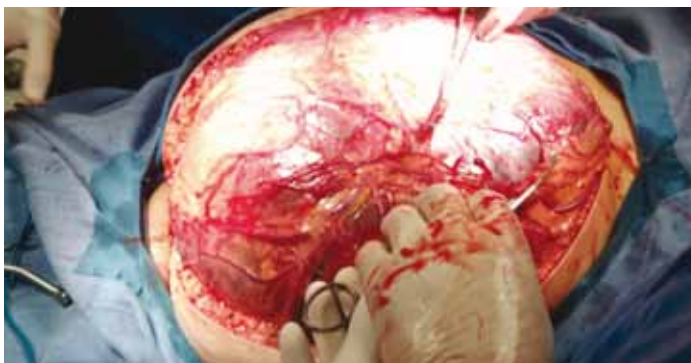


Figura 3. Disección quirúrgica del quiste gigante mediante abordaje medio abdominal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 36 años de edad sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Refiere 8 meses de evolución con aumento progresivo del volumen abdominal acompañado de dolor difuso leve a moderado. A la inspección clínica el abdomen es globoso a expensas de masa abdominal que se extiende desde la sínfisis púbica hasta el apéndice xifoides y ambos flancos

abdominales (Figura 1); a la palpación es de consistencia renitente.

La tomografía helicoidal contrastada muestra una lesión predominantemente quística con tabiques de grosor irregular y componentes sólidos lobulados (Figura 2).

El CA-125 con valor elevado de 265 U. La radiografía de tórax postero-anterior sin evidencia de actividad metastásica. La paciente es sometida a celiotomía exploradora por abordaje medio abdominal, localizando tumor quístico de 60 x 50 cm, con múltiples adherencias de epiplón a las paredes del quiste (Figura 3).

Ambos ovarios de 3x2cm sin evidencia macroscópica de implantes tumorales. Se realiza lisis de adherencias y se moviliza la pieza quirúrgica la cual en ese momento se encuentra fija al fondo uterino por un pedículo de 3x3x3 cm. Se reseca el tumor quístico y se envía a examen transoperatorio por congelación determinando que no hay evidencia de células malignas por ese método y se difiere la pieza para estudio histopatológico definitivo.

Las superficies peritoneales son lisas y se encuentran libres de tumor macroscópico palpable. La paciente es egresada al tercer día del postoperatorio sin complicaciones inmediatas. El estudio histopatológico definitivo reveló un tumor predominantemente quístico con áreas sólidas multilobuladas (Figura 4); microscópicamente constituido por haces de músculo liso y, con degeneración quística masiva y edematosa (Figuras 5 y 6). Actualmente la paciente se recupera sin eventualidades.

DISCUSIÓN

La miomatosis uterina afecta el 40% de las mujeres mayores de 35 años de edad. Se trata de una neoplasia benigna constituida por músculo liso. La región más frecuente es el cuerpo del útero pero puede ocurrir en el cervix en la minoría de los casos.⁽⁴⁾ Eventualmente los miomas pueden sufrir degeneración hialina, cartilaginosa, necrosis aséptica, cálcica, grasa, edematosa, sarcomatosa o quística como en el presente caso. La degeneración quística se presenta solamente en el 4% de los casos.

De acuerdo a su localización los miomas pueden ser submucosos, intramurales o subserosos, estos últimos pueden peduncularse y simular una neoplasia epitelial maligna de ovario. En algunos casos la gran dimensión de la masa tumoral no permite visualizar correctamente el origen anatómico primario de la neoplasia por tomografía axial computarizada.

El cáncer epitelial de ovario representa la tercera neoplasia ginecológica mas frecuente a nivel mundial con 225,500 casos nuevos y 140,200 muertes en 2008.⁽⁵⁾ En México en 2003, se registraron más de 4,000 casos nuevos y representó la cuarta causa de muerte en la población femenina. La edad promedio de diagnóstico es entre los 50 y 70 años de edad. El 75% de los casos se diagnostican en etapas III y IV, favorecido por sintomatología poco específica y falta de estudios de tamizaje, factores que dificultan el diagnóstico oportuno.⁽⁶⁾

En el CECan los estudios preoperatorios orientados al diagnóstico de una neoplasia epitelial maligna ovárica

MIOMA QUÍSTICO GIGANTE GIANT CYSTIC LEIOMYOMA

son esencialmente la tomografía axial computarizada con contraste endovenoso (sensibilidad del 90% y especificidad del 88.7%) y el CA-125 (determinante antigénico en una mucina glucosilada de alto peso molecular reconocida por el anticuerpo monoclonal murino OC125). En el caso clínico estudiado, la naturaleza sólida y predominantemente quística de la lesión, el volumen y la elevación del CA-125 nos condujeron al diagnóstico presuntivo de un cistadenocarcinoma primario del ovario. Durante el procedimiento quirúrgico se localizaron ambos ovarios y no había evidencia macroscópica de afección tumoral. El examen transoperatorio por congelación el cual es rutinario en este tipo de neoplasias, fue negativo para malignidad sin poder determinar con exactitud el origen de la neoplasia y, la pieza quirúrgica se difirió para su estudio definitivo.

El diagnóstico histopatológico final, sin embargo; demostró la existencia de un quiste gigante producto de la degeneración masiva de un leiomioma uterino subseroso pedunculado. La presentación clínica atípica del mioma uterino degenerado causó el error diagnóstico preoperatorio al confundir esta infrecuente entidad con un carcinoma epitelial del ovario. La edad de la paciente (36 años) es el único dato clínico que corresponde con la mayoría de los casos de miomatosis uterina.⁽¹⁾ En la literatura biomédica anglosajona, los reportes de caso de leiomiomas con degeneración quística extensa, que simulan un cistadenocarcinoma ovárico son poco comunes.⁽⁴⁾

CONCLUSIÓN

La miomatosis uterina es un diagnóstico poco frecuente en un hospital dedicado al tratamiento del cáncer. No obstante, cuando el oncólogo evalúa a una mujer con sintomatología poco específica con tumor pélvico sólido-quístico de grandes dimensiones asociado a una elevación del antígeno carbohidratado 125, está obligado si la condición médica general de la paciente lo permite, a llevar a cabo una laparotomía exploradora con examen transoperatorio por congelación del tumor; si el resultado es positivo a malignidad se completa una rutina de ovario con citorreducción primaria óptima.

Los tumores quísticos pélvicos de origen anexial no se encuentran pediculados al fondo del útero. La localización del pedículo tumoral es el hallazgo quirúrgico que determina el origen anatómico de la neoplasia. La degeneración quística masiva de un mioma uterino asociado a un marcador tumoral inespecífico puede simular el cuadro clínico de un cáncer ovárico y es prioritario descartar la malignidad. Los informes en la literatura biomédica de miomas quísticos de las dimensiones repor-

tadas en este caso son infrecuentes. Recomendamos la escisión quirúrgica completa del tumor como tratamiento definitivo. El cirujano debe tener en mente al leiomioma quístico gigante en el diagnóstico diferencial de las neoplasias epiteliales malignas del ovario.

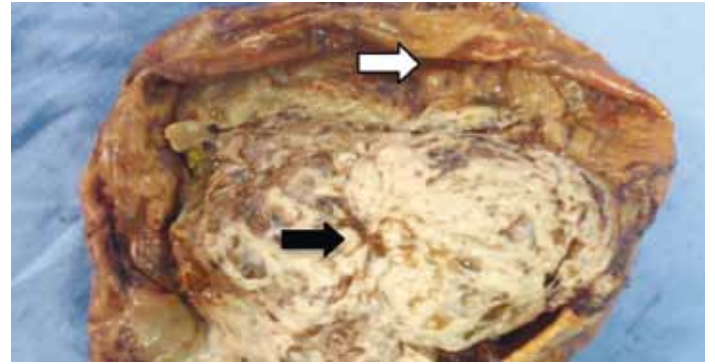


Figura 4. Imagen macroscópica del mioma quístico al corte. Región quística (flecha blanca) que alterna con área sólida multilobulada (flecha negra).

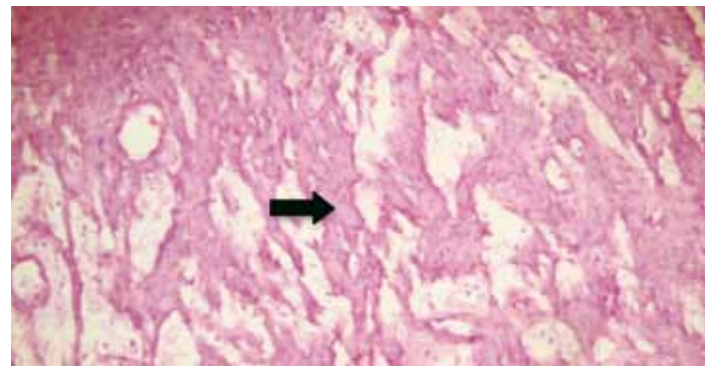


Figura 5. Microscopía panorámica 2X de la pared del quiste, constituida por haces de músculo liso (flecha) separados por bandas de colágena y tejido mixoide.

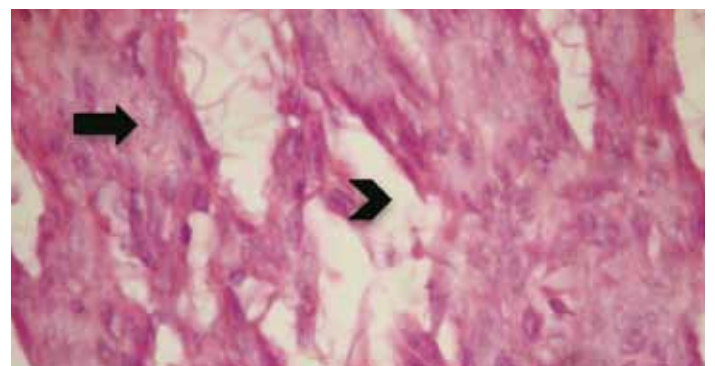


Figura 6. Acercamiento 10X de los haces de músculo liso (flecha) con áreas de degeneración tipo edema (cabeza de flecha).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moyle PL, Kataoka MY, Nakai A, Takahata A, reinhold C, Sala E. Nonovarian cystic lesions of the pelvis. *RadioGraphics* 2010;30:921-38.
2. López CG, Ruiz FJV, Velázquez VP. Leiomioma uterino epitelioido con degeneración quística gigante. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77(8):376-9.
3. Blackman J, Liddicoat A, Callen P, Marshall R. Degenerating leiomyoma presenting as a large pelvic cyst in pregnancy. *J Obstet Gynecol* 2008;28(3):342-3.

4. Low SCA, Chong CL. A case of cystic leiomyoma mimicking an ovarian malignancy. *Ann Acad Med Singapore* 2004;33:371-4

5. Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global Cancer Statistics. *Cancer J Clin* 2011; 61:69-90

6. Gallardo-Rincón D, Cantú-de-León D, Alanís-López P, et al. Tercer consenso nacional de cáncer de ovario 2011 Grupo de Investigación en Cáncer de Ovario y Tumores Ginecológicos de México "GICOM". *Rev Inv Clin* 2011;63(6):665-702.