



PRESENTACIÓN DE CASO

LEIOMIOMA PRIMARIO DE OVARIO

*Luis Carlos Mita Albán (1), Andrés Quesada Zumbado (2),
Rebeca Arguijo Herrera (3)*

RESUMEN:

Objetivo: presentar el reporte de un caso correspondiente a leiomioma primario de ovario. Este corresponde a un tipo de lesión poco común del ovario. Descripción del caso: mujer de 46 años de edad, a la cual se le realizó un control por historia de masa anexial derecha, con hallazgo ultrasonográfico de masa ovárica derecha de 45 x 36 mm de aspecto homogéneo, sólida y encapsulada. Se realizó histerectomía total y ooforectomía bilateral. El estudio histopatológico demostró que se trataba de un leiomioma primario de ovario. En el estudio inmunohistoquímico se demostró negatividad en las tinciones de alfa inhibina y S-100, mientras que la tinción de actina de músculo liso y la vimentina fueron positivos, consistente con un leiomioma primario de ovario. Discusión: los leiomiomas primarios de ovario son tumores poco frecuentes y muchas veces subdiagnosticados. Son de evolución benigno, con una sobrevida de 100% a los 5 años.

PALABRAS CLAVE:

Leiomioma de ovario, músculo liso, tumores, benigno

ABSTRACT:

Objective: report a case of ovarian primary leiomyoma. Ovarian leiomyomas are rare ovarian lesions. Case: The patient is a 46 years old female, who underwent sonographic pelvic examination for for right adnexal mass control. A right ovarian mass was discovered, that measured 45 x 36 mm. the appearance was homogeneous, and it was described solid and encapsulated. Hysterectomy and bilateral oophorectomy was performed. Histopathologic study was consistent with a primary ovarian leiomyoma. Immunohistochemical results were inhibina and S-100 negative and smoot muscle actin and vimentin was positive, consistent also with a primary ovarian leiomyoma. Discussion: These tumors are frequently underdiagnosed due their rarity. They are benign with a survival rate Of 100% at five years.

KEY WORDS:

Ovarian leiomyoma, smooth muscle tumors, benign

- (1) *Médico Asistente en Anatomía Patológica, Hospital Dr. Max Peralta, Cartago, Costa Rica*
(2) *Residente de Anatomía Patológica, Hospital Dr. Max Peralta Hospital, Costa Rica quesadaandres@hotmail.com*
(3) *Médica General*

Recibido para publicación: 15 de enero de 2011 Aceptado: 07 de febrero de 2011

INTRODUCCIÓN

El Leiomioma primario de ovario es un tumor benigno derivado de músculo liso, que de todos los tumores de ovario, representa no más de un 1%, aunque hay que tomar en cuenta que, en comparación con otros tumores ováricos primitivos, puede ser infradiagnosticado. Esto sucede al tener tumores de diámetro pequeño que pasan desapercibidos en estudios o pacientes asintomáticas en quienes nunca se diagnosticaron.⁽¹⁾

Este tumor predomina en mujeres en periodo perimenopáusico, la edad promedio es de 45 años. Se puede encontrar el tumor de manera accidental en un estudio radiológico o en una cirugía pélvica (50 a 85% asociados a miomas uterinos) cuando son asintomáticos aproximadamente un 66% de los casos⁽²⁾, en otras ocasiones simulan patologías abdominales y pélvicas, desde molestias inespecíficas abdominales, sangrados menstruales abundantes (con frecuencia al existir miomas uterinos) hasta una torsión ovárica (menos frecuente), irritación peritoneal, ascitis o el síndrome de Meig. El Síndrome de Meig es una condición en la cual ciertos tumores benignos de ovario se asocian con ascitis e hidrotórax, semejando a un tumor maligno con metástasis⁽³⁾
(4)

Los estrógenos y la progesterona pueden desempeñar un papel en el crecimiento de muchos de los leiomiomas del tracto genital femenino, se han observado leiomiomas positivos para receptores de estrógenos y/o progesterona.⁽⁵⁾

HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Femenina de 46 años, vecina de Cartago, portadora de hipertensión arterial en tratamiento con hidroclorotiazida y atenolol. Se anota también historia de trombocitopenia, dada de alta en el 2008. La paciente niega antecedente de etilismo o tabaquismo. Como antecedentes quirúrgicos esta una colecistectomía y salpingectomía bilateral en el año 2004. Los antecedentes gineco-obstétricos son los siguientes:

- G1 P1 A0 C0
- Ultrasonido transvaginal del 2 de noviembre

del 2010: se evidencia masa ovárica derecha de 45 x 36 mm de aspecto homogéneo, sólida y encapsulada; y un quiste de 32 x 21 mm, sin vinculación evidente al útero. Ambas impresionan de la misma estructura orgánica.

El 1 de agosto del 2011 fue llevada a sala de operaciones con el diagnóstico pre quirúrgico de tumor anexial y con diagnóstico pos operatorio de masa anexial.

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA DEL TUMOR

Útero más sus dos anexos. Con peso de 250 gramos. Mide 8 x 7 x 4 centímetros. La superficie serosa es lisa brillante, no presenta nodulaciones. El exocervix es blanquecino nacarado, liso y brillante, sin erosiones. El canal endocervical es permeable sin deformidades, con formaciones quísticas de 1 mm de diámetro máximo con material mucoso hialino, sin tapones mucoides en canal. El miometrio promedia 2 centímetros de espesor y es de consistencia fibrosa. No se identifican masas en la pared uterina de istmo, cuerpo o fondo. Cavity uterina sin deformidades; el endometrio promedia 1.8 mm de grosor, sin formaciones polipoides.

El ovario derecho mide 6 cm de diámetro. Al corte se observa una formación ovoidea no encapsulada, no obstante bien delimitada, incluida por continuidad macroscópica, en el estroma ovárico; de consistencia fibrosa de 5 cm de diámetro mayor, el tejido en fresco impresiona de aspecto trabeculado en "carne de pescado". No se observa necrosis ni hemorragia. El tejido fijado impresiona formar trabéculas o fascículos entrelazantes, es de consistencia firme.
(figura 1)

DIAGNÓSTICOS MICROSCÓPICOS

Útero, anexo derecho e izquierdo *
(Histerectomía).
Cervicitis crónica,
Endometrio proliferativo,
Trompas: Salpingitis crónica, hidrosalpinx bilateral.
Ovarios: Quistes foliculares y cicatrices albicans bilaterales.



Quiste de cuerpo lúteo derecho.

Leiomioma ovárico

Ligamentos y parametrios: Congestión.

Ovario derecho: histológicamente en el tumor se observan fascículos constituidos por células fusiformes con núcleos elongados, sin invaginaciones nucleares o citoplásmicas, pseudoinclusiones ni prominencia de nucleolos, no se observa hiper celularidad, no se observa pleomorfismo nuclear, se cuenta una mitosis, de características usuales, en 40 campos de alto poder. Los márgenes del tumor son de tipo no infiltrante (pushing). El tumor se observa rodeado por prolongaciones del parénquima ovárico el cual forma pseudocápsula que lo rodea parcialmente. El resto del ovario muestra cuerpos blancos (cicatrizales), quistes foliculares y quiste de cuerpo amarillo hemorrágico.

(figura 2 ovario derecho)

INMUNOHISTOQUÍMICA

INHIBINA: Reactivo en células luteinizadas de la pared de quiste. No reactivo en masa anexial sólida.

VIMENTINA: Reactiva en masa anexial sólida.

ACTINA DE MÚSCULO LISO: Reactiva en masa anexial sólida.

PROTEÍNA S-100: No Reactiva en masa anexial sólida.

Figura 3(vimentina)

Figura 4(actina de musculo liso)

DISCUSIÓN DEL CASO

Macroscópicamente el leiomioma típico es unilateral en pacientes mayores de 35 años, en mujeres jóvenes suelen ser bilaterales⁽⁶⁾. El diámetro aproximado suele ser de 3-5 cm, aunque se han descrito tumores de mayor tamaño. Son tumores que se caracterizan por ser sólidos, firmes y bien delimitados con una superficie de corte blanquecina o amarilla pálida, con aspecto multinodular, fasciculado o arremolinado. Algunos tumores muestran áreas mixoides, cambios

pseudoquísticos y focos de necrosis, hemorragia o calcificación⁽⁷⁾.

Es posible que las células se originan en las fibras musculares lisas de los vasos sanguíneos del hilio o de la pared o de los ligamentos ováricos⁽⁸⁾, en las células musculares del cuerpo lúteo o estroma cortical, metaplasia del estroma ovárico o en células de la teca externa músculo liso sin embargo en nuestro caso se demuestra por histología que el tumor está en íntima relación con el ovario, ubicado cercano a la zona del hilio, ovárico, rodeado parcialmente por una pseudocapsula de corteza ovárica la cual desaparece por atrofia compresiva en uno de sus polos(figura 2). Además, algunos casos pueden explicarse por metaplasia de músculo liso del estroma endometriósico, músculo liso presente en teratomas quísticos maduros o bien músculo liso de las paredes de tumores quísticos mucinosos. Microscópicamente su aspecto histológico es similar a cualquier leiomioma uterino. Se han descrito subtipos de leiomioma ovárico: típico, celular, mitóticamente activo, con núcleos bizarros, mixoide, lipoleiomiomas⁽⁹⁾ y angioleiomiomas, entre otros⁽¹⁰⁾. Son muy frecuentes los leiomiomas celulares o típicos⁽¹¹⁾.

En tumores de músculo liso el conteo de mitosis es un parámetro utilizado para determinar benignidad o malignidad, con un máximo de 2 mitosis en 10 campos de alto poder en tumores extrauterinos y hasta 10 mitosis en 10 campos de alto poder en tumores uterinos. No se documenta en la literatura un conteo límite específico para tumores de músculo liso en ovarios. En el presente tumor se contó una mitosis en 40 campos de alto poder (0.25 mitosis en 10 campos de alto poder)⁽¹²⁾

Inmunohistoquímicamente son positivos para vimentina, actina de músculo liso, caldesmina, desmina, CD56 y, a menudo, para receptores de estrógenos y/o progesterona, pero negativos para CD10.⁽¹³⁾ El presente tumor fue positivo para vimentina y actina de músculo liso y fue negativo para S-100 por lo que se descarta un tumor de origen neuronal. El marcador de alfa inhibina marcó de forma positivo las células luteínicas del



cuerpo amarillo presente en el estudio histológico, pero fue negativo en el área del tumor. Esto cobra importancia ya que el tumor no corresponde a una metaplasia de células estromales del ovario.⁽¹⁴⁾

No existe un consenso para el diagnóstico específico de los tumores de ovario derivados de músculo liso, por lo que se utilizan los criterios de malignidad de los tumores de músculo liso en general (morfología, celularidad, pleomorfismo, conteo de mitosis), por lo que el manejo de muchos de estos tumores, a pesar de que evolucionan benignamente aunque se encuentren con mitosis activa, por lo general es quirúrgico⁽¹⁵⁾. Si se extirpa totalmente no recurre. Pueden aplicarse manejo conservador y darle seguimiento a la paciente ya que por su naturaleza son benignos. También se ha empleado la embolización terapéutica y se ha comunicado que menos del 5% de los casos requerirán cirugía tras la embolización. Los leiomiomas típicos tienen una supervivencia del 100% a los 5 años y no hay recidivas una vez extirpados si lo han sido totalmente. Los leiomiomas celulares muestran a los 5-9 años de seguimiento una supervivencia del 100% y ausencia de recurrencias. Esto quiere decir que efectivamente los leiomiomas son de excelente pronóstico⁽¹⁶⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomas, D., Leniček, T., Tučkar, N., Puljiz, P., Ledinsky, M. and B. Krušlin. (2009). Primary Ovarian Leiomyoma associated with Endometriotic Cyst presenting with Symptoms of acute Appendicitis: a case report. *Diagnostic Pathology*, 4:25 doi:10.1186/1746-1596-4-25.
2. HSU, I., LALLAS, T. A., HODGES, K., SOOD, A. K. and SOROSKY, J. I., (2009, 30 January). Primary Ovarian Leiomyomas: A Case Report and Review of the Literature, *Journal of Gynecologic Surgery* Published, 15, Issue 1.
3. Nadja, K., et all. (1996). Giant Ovarian Leiomyoma as a rare cause of Acute Abdomen and Hydronephrosis. *Obstetrics & Gynecology*. 87(5, part 2), supplement: 872-873.
4. Kobayashi, Y., Muracami, R., Sujisaki, K. Yamamoto, K., Sasaki, S. Tajima, N., Tajima, H., Onda, M. and T. Kumasaki. (1998). Primary Leiomyoma of the Ovary: a case report. *European Radiology*, 8, 8, 1444-1446, DOI: 10.1007.
5. Lomas, J. De la Hera, A., Salas, J., Lorenzo, E., Fernández, A. y Ma. T. Ribas. (2009). Leiomioma Ovárico. Presentación de un caso, ISBN: 978-84-692-76778.
(1) Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de León. ESPAÑA
(2) Servicio de Ginecología. Complejo Asistencial de León. ESPAÑA.
6. Wei, C., Lilic, N., Shorter, N. y E. Garrow. (1999). Primary Ovarian Leiomyoma: a Rare Cause of Ovarian Tumor in Adolescence. *Int J GynecolPathol*, 18, 63-68.
7. Safaei, A., Khanlari, M., Azarpira, N. y A. Monabati. (2011). Department of Pathology, Shiraz Medical School, Shiraz University of Medical Sciences, Iran. Large ovarian leiomyoma in a postmenopausal woman, 54, 2, 413-414.
8. Ramalakshmi, V. B., Sreeya, P., Chunduru, B. y S. Dua. (2009). Department of Pathology, Alluri Seetharamaraju Academy of Medical Sciences, ELURU, W.G.Dt. Andhra Pradesh, India. A case of ovarian leiomyoma with cystic degeneration, 52, 4, 592-594.
9. Hemalata, M., Kusuma, V. y P Sruthi. (2007). Ovarian lipoleiomyoma: a rare benign tumour, *Clin Pathol*, 60:939-940 doi: 10.1136/jcp.2007.047183.
10. Lerwill, M. F., Sung, R., Oliva, E. y Jaime Prat. (2004, November). FRCPath, and Robert H. Young, MD. Smooth Muscle Tumors of the Ovary. A Clinicopathologic Study of 54 Cases Emphasizing Prognostic Criteria, Histologic Variants, and Differential Diagnosis. *Am J Surg Pathol*, 28, 11.
11. Erkaya, S., Kutlay, B., Uygur, D., Kara, F. and A. Tezer. (2000, Jan). Primary Ovarian Leiomyoma in a Postmenopausal Woman, Department of Obstetrics and Gynecology, Zübeyde Hanim Maternity Hospital, Ankara, Turkey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 79(1), 79-87.
12. Fletcher, C. (2001). *Diagnostic histopathology of tumor*. (2^o ed). USA: Churchill Livingstone.
13. Huiying, H., Luthringer, D. J., Hui, P., Lau, S. K., Weiss, L. M., Chu, P. G. (2008, June).



Expression of CD56 and WT1 in Ovarian Stroma and Ovarian Stromal Tumors. The American Journal of Surgical Pathology, 32, 6, 884-890.

14. Kurman, R. J. (2002). Pathology of the Female Genital Tract. (5° ed). USA: Springer.
15. Mauricio, A., Cuello, F. (2003). Tumor Ovárico en la Postmenopausia. Consideraciones sobre su Manejo Actual. Rev Chil Obstet Ginecol, 68(2), 97-111.
16. Doss, B. J., Wanek, S. M., et al. (1999, January). Ovarian Leiomyomas: Clinicopathologic Features in Fifteen Cases. International Journal of Gynecological Pathology. 18(1), 63-68.

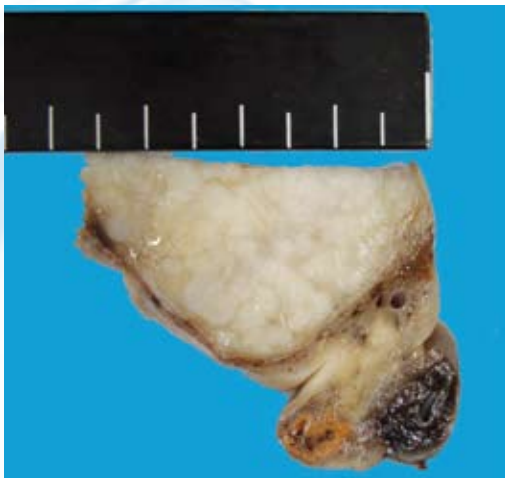


Figura 1 ovario derecho

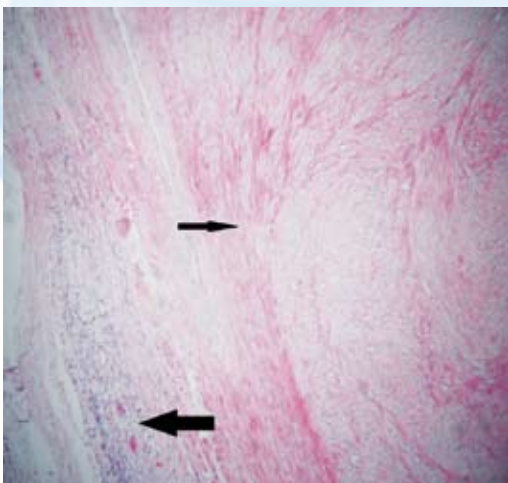


Figura 2 tumor ovario
 Flecha gruesa: estroma ovárico
 Fleche delgada: tumor

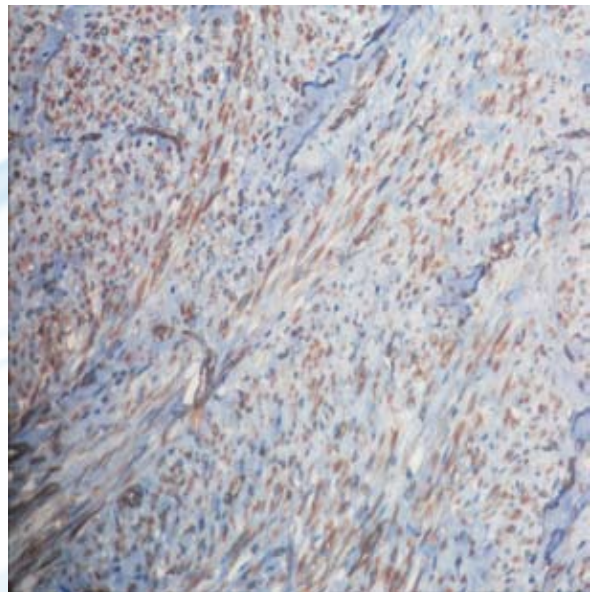


Figura 3 vimentina

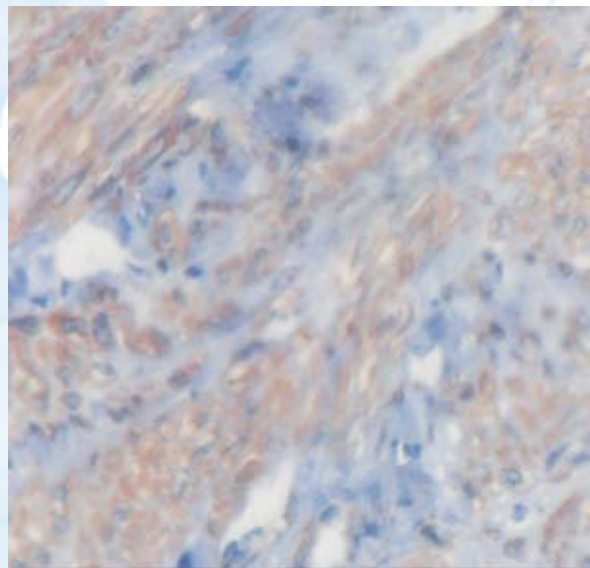


Figura 4 actina de musculo liso