

Notas Clínicas

Leiomioma retroperitoneal

Retroperitoneal leiomyoma

Forneiro Pérez R, Gallart Aragón T, Jiménez Hernández MC

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

RESUMEN

Introducción: Los leiomiomas son tumoraciones benignas de músculo liso, cuya máxima incidencia se observa en mujeres de mediana edad, se localizan principalmente a nivel uterino aunque también se han descrito casos en retroperitoneo, donde apenas producen síntomas o en otras localizaciones donde hay musculatura lisa. Este hecho, retrasa el diagnóstico y provoca que cuando los detectemos presenten un gran tamaño. Además, se recomienda un seguimiento periódico de los pacientes dado que en algunos casos pueden recidivar o transformarse en un sarcoma.

Descripción del caso: Presentamos a una mujer de 55 años de edad, exfumadora con antecedentes personales de colitis ulcerosa (en tratamiento con inmunosupresores), hipotiroidismo autoinmune y litiasis biliar. Como antecedente quirúrgico destacar una cesárea. La

paciente durante su seguimiento por colitis ulcerosa le solicitan una enteroRMN donde se evidencia: Neoformación y 9 x 5 x 4,5 centímetros en fosa ilíaca izquierda por delante de útero en relación con posible lesión de origen anexial compatible con leiomioma retroperitoneal de bajo grado.

Discusión: Los miomas extrauterinos son manifestaciones raras de este tumor benigno siendo los leiomiomas retroperitoneales un subtipo de estos. Es importante tener en cuenta la posibilidad de un leiomioma retroperitoneal como diagnóstico diferencial de masas retroperitoneales.

Palabras clave: leiomioma, tumor fibroide, neoplasia retroperitoneal, leiomiosarcoma.

CORRESPONDENCIA

Rocío Forneiro Pérez
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18016 Granada
rocio.forneiro@gmail.com

XREF

ABSTRACT

Introduction: Leiomyomas are benign smooth muscle tumors, whose maximum incidence is observed in middle-aged women. They are mainly located at the uterine level, although cases have also been

CITA ESTE TRABAJO

Forneiro Pérez R, Gallart Aragón T, Jiménez Hernández MC. Leiomioma retroperitoneal. Cir Andal. 2020;31(4):518-22.

described in retroperitoneum, where they barely produce symptoms, or in other locations where there is smooth muscle. This fact delays the diagnosis and causes them to present a large size when detected. In addition, periodic follow-up of patients is recommended since in some cases they may recur or transform into a sarcoma.

Case description: We present a 55-year-old woman, ex-smoker with a personal history of ulcerative colitis (under treatment with immunosuppressants), autoimmune hypothyroidism and biliary lithiasis. As a surgical background, we highlight a Cesarean section. During her follow-up for ulcerative colitis, the patient was asked for an enteroRMN showing: Neoformation and 9 x 5 x 4,5 centimeters in the left iliac fossa in front of the uterus in relation to a possible lesion of adnexal origin compatible with low grade retroperitoneal leiomyoma.

Discussion: Extra-uterine myomas are rare manifestations of this benign tumour, with retroperitoneal leiomyomas being a subtype. It is important to consider the possibility of retroperitoneal leiomyoma as a differential diagnosis of retroperitoneal masses.

Keywords: leiomyoma, fibroid tumor, retroperitoneal neoplasia, leiomyosarcoma.

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas son tumoraciones benignas de músculo liso, cuya máxima incidencia se observa en mujeres de mediana edad. Se localizan principalmente a nivel uterino¹ aunque también se han descrito casos en retroperitoneo², donde apenas producen síntomas o en otras localizaciones donde hay musculatura lisa. Este hecho, retrasa el diagnóstico y provoca que cuando los detectemos presenten un gran tamaño. Además, se recomienda un seguimiento periódico de los pacientes dado que en algunos casos pueden recidivar o transformarse en un sarcoma. Los tumores fibroides extrauterinos son infrecuentes y su diagnóstico es un desafío. La leiomiomatosis peritoneal difusa, la leiomiomatosis intravenosa, los leiomiomas con metástasis benigna, los leiomiomas retroperitoneales y los leiomiomas parasitarios son leiomiomas con patrones de crecimiento inusuales. Los sitios de origen infrecuentes incluyen la trompas de Falopio, cérvix, vulva, los ovarios, la vejiga urinaria y la uretra³. En presencia de patrones de crecimiento inusuales, un leiomioma uterino sincrónico o una histerectomía previa para la extirpación de un tumor uterino primario debe hacernos sospechar de un leiomioma extrauterino. Sin embargo, algunos de ellos pueden imitar lesiones malignas y llevar a errores de diagnóstico⁴. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. En nuestro trabajo presentamos el caso de un leiomioma retroperitoneal, cuya localización asemeja una tumoración ovárica.

CASO CLÍNICO

Presentamos a una mujer de 55 años de edad, ex fumadora con antecedentes personales de colitis ulcerosa (en tratamiento con inmunosupresores), hipotiroidismo autoinmune y litiasis biliar. Como antecedente quirúrgico destacar una cesárea. La paciente durante su seguimiento por colitis ulcerosa le solicitan una enteroRMN donde se evidencia: Neoformación y 9 x 5 x 4,5 centímetros en fosa ilíaca izquierda por delante de útero en relación con posible lesión de origen

anexial. Útero aumentado de tamaño con miometrio paciente. Litiasis biliar. Ante estos hallazgos es valorada por servicio de ginecología quien solicita marcadores tumorales, encontrándose todos ellos dentro de parámetros normales. Ante dichos hallazgos se decide intervención quirúrgica programada por servicio de ginecología. La vía de abordaje ha sido un Pfannenstiel sobre cicatriz previa. Los hallazgos intraoperatorios son: útero y ovarios normales y bajo peritoneo, delante de útero en fosa anexial izquierda se identifica una neoformación redondeada por lo que avisan a nuestro servicio de cirugía general y del aparato digestivo para que procedan a su exéresis mediante desperitonización y ligadura del pedículo vascular con Ligasure®. La paciente es dada de alta al tercer día postoperatorio sin incidencias. Realiza revisiones tanto por servicio de ginecología y cirugía general al mes de la cirugía. El informe anatomopatológico de la pieza definitiva es leiomioma con áreas de degeneración hidrópica de 8x7x4 cm bien encapsulado. Ausencia de necrosis ni de invasión linfovascular. El fenotipo expresa positividad para vimentina, actina de músculo liso, desmina, caldesmona y receptores de progesterona. Es negativo para S-100 y CD34. El Ki67 es menor al 1%, por lo tanto su tasa de proliferación es muy baja.

DISCUSIÓN

Los leiomiomas uterinos son los tumores mesenquimales ginecológicos más comunes⁵ en mujeres en edad fértil⁶. La incidencia de esta patología a los 50 años de edad ronda el 70% para mujeres de raza blanca y más del 80% para mujeres de raza negra¹. Aunque el músculo liso del útero es el lugar de origen más común de estos tumores, debido a su origen en células de músculo liso pueden desarrollarse en cualquier lugar donde encontremos estas células³. Se ha descrito en la literatura una entidad poco conocida llamada leiomioma retroperitoneal, cuya incidencia es mayor en mujeres de edad media⁷⁻¹³. En esta patología la gran mayoría de las pacientes se encuentran asintomáticas, lo que se traduce en un mayor



Figura 1

Imagen de enteroRMN donde se evidencia la masa.

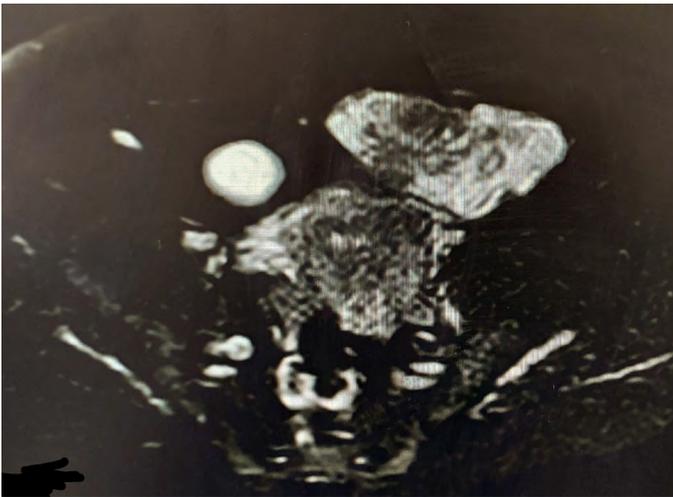


Figura 2

Imagen de enterorMN donde se evidencia la masa.

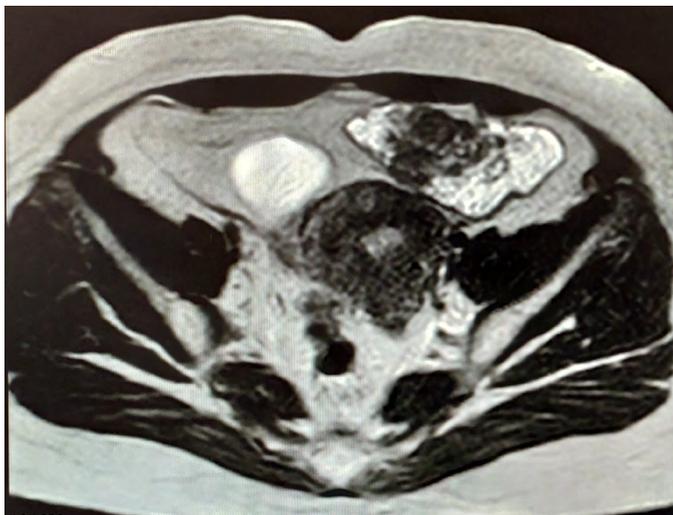


Figura 3

Imagen de enterorMN donde se evidencia la masa.

tiempo de evolución y de crecimiento. Debido a ello son detectadas incidentalmente en un examen de rutina o en una autopsia¹⁴ y presentan un gran tamaño. En caso de producir sintomatología, lo más frecuente es dolor o pesadez abdominal y/o síntomas por compresión de estructuras adyacentes^{3,15}.

Actualmente su etiopatogenia no está clara. Se sabe que hasta un 40% de los miomas retroperitoneales pueden estar asociados con un mioma uterino sincrónico o previamente operado¹³. Por otro lado, existen casos donde estas tumoraciones se han producido en mujeres con histerectomía^{9,10,16}, por lo que los leiomiomas retroperitoneales pueden no estar relacionados con los uterinos. En el año 2001, Stutterecker et al., enunciaron la posibilidad de que estas lesiones retroperitoneales pudieran tener su origen en restos embrionarios müllerianos o de conductos de Wolff¹⁰.

Otra posible teoría es el origen parasitario. Esta teoría se basa en que, a la hora de extraer las piezas quirúrgicas, ya sea mediante

miomectomía o histerectomía laparoscópica, éstas son fragmentadas con instrumental endoscópico de tal manera que algunos de los pequeños fragmentos resultantes pueden permanecer en la cavidad abdominal de forma inadvertida. Éstos se adhieren a las estructuras circundantes, desarrollan una vascularización sanguínea y se convierten en miomas parásitos iatrogénicos¹⁷⁻²¹. Estos leiomiomas parásitos son una rara complicación tardía poco frecuente de este tipo de intervención quirúrgica²¹, cuya incidencia oscila entre 0,2 y 1,25%^{17,22}. Los encontraremos sobre todo a nivel de la cavidad y la pared pélvica, del intestino delgado, del recto, del ciego, del muñón vaginal, del cérvix y a nivel del puerto laparoscópico^{17,21,23}.

Los leiomiomas retroperitoneales se suelen diagnosticar erróneamente como tumores malignos dada su inusual localización². Cuando se sospecha malignidad, se debe evitar la morcelación^{20,24}, por el aumento del riesgo de recurrencia así como de la tasa de mortalidad²⁵. Cho et al., afirman que la ratio neutrófilos/linfocitos preoperatorio, el tamaño del tumor y el índice de masa corporal podrían ser útiles para diferenciar entre el sarcoma y el leiomioma de útero²⁶.

La resonancia magnética es la técnica más fiable para evaluar las masas retroperitoneales²¹. El diagnóstico diferencial entre los leiomiomas y los leiomiomas basados en los hallazgos radiológicos es difícil^{27,28}, por lo tanto, el diagnóstico definitivo de un leiomioma es anatomopatológico. La biopsia percutánea de la masa guiada por ecografía es útil para determinar su composición histológica antes de la operación³.

El diagnóstico diferencial principal se realiza con el leiomiomasarcoma. El diagnóstico del leiomioma retroperitoneal es controvertido debido al tamaño de la lesión, la sintomatología compresiva y los datos sugestivos de malignidad en base a la RMN. Todo ello sumado a las diferentes situaciones anatómicas en las que se podría encontrar (a nivel vaginal^{29,30}, en la pared abdominal imitando un tumor maligno³¹, en la trompa de Falopio³²...).

Además, pueden existir diagnósticos diferenciales menos comunes que parezcan un leiomioma como lo describen Pitsidis et al. describen un tumor del estroma gastrointestinal ubicado en saco de Douglas que asemejaba un leiomioma³³.

El tratamiento consiste en la extirpación del mioma retroperitoneal mediante laparoscopia o laparotomía, si presenta una tumoración de gran tamaño. Si el mioma está cerca de otros órganos, se debe utilizar un enfoque multidisciplinario²¹. El abordaje abdominoinguinal de Karakousis es el único que garantiza la resección de los tumores retroperitoneales con extensión pélvica pues permite una exposición total desde la aorta abdominal hasta los vasos ileofemorales facilitando la disección y extirpación en bloque de la masa tumoral con control vascular y preservación del paquete vasculonervioso³⁴.

Como conclusión decir que los miomas extrauterinos son manifestaciones extremadamente raras de este tumor benigno siendo los leiomiomas retroperitoneales un subtipo de estos. Es importante tener en cuenta la posibilidad de un leiomioma retroperitoneal como diagnóstico diferencial de masas retroperitoneales siendo imprescindible el estudio histológico para descartar un posible origen maligno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schoolmeester JK, Erickson LA. Uterine Leiomyoma. *Clin Proc.* 2019;94:2150–2151. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.08.019>
2. Kondo W, Botchorishvili R, Desvignes F, Mage G. Laparoscopic management of a pelvic retroperitoneal leiomyoma-case report. *Gynecol Surg.* 2011;8:247–251.
3. Fasih N, Shanbhogue AKP, Macdonald DB, Fraser-Hill MA, Papadatos D, Kielar AZ, et al. Leiomyomas beyond the uterus: Unusual locations, rare manifestations. *Radiographics.* 2008;28:1931–1948.
4. Wang X, Ren J, Chen G, Xu S. Giant abdominal leiomyoma of male: A case report and literature reviews. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8:8532–8535. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26339429>
5. Devereaux KA, Schoolmeester JK. Smooth Muscle Tumors of the Female Genital Tract. *Surg Pathol Clin.* 2019;12:397–455.
6. Monleón J, Cañete ML, Caballero V, Del Campo M, Doménech A, Losada MÁ, et al. Epidemiology of uterine myomas and clinical practice in Spain: An observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;226:59–65.
7. Kang WD, Kim SM, Kim YH, Choi HS. Three isolated, large retroperitoneal leiomyomas. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;280:499–501.
8. Sayer RA, Amundsen CL. Giant pelvic retroperitoneal leiomyoma arising from the rectal wall. *Obstet Gynecol.* 2003;101:1132–1134.
9. Maskery PJK. Retroperitoneal Leiomyomatosis following Hysterectomy. *J R Soc Med.* 1970;63:55–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5417779>
10. Stutterecker D, Umek W, Tunn R, Sulzbacher I, Kainz C. Leiomyoma in the space of retzius: A report of 2 cases. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:248–249.
11. Fukumachi N, Togami S, Iwamoto I, Tsuji T, Nomoto M, Goto M, et al. Retroperitoneal uterine leiomyoma occurring 5 years after hysterectomy for fibroids. *J Obstet Gynaecol Res.* 2007;33:878–881.
12. Paal E, Miettinen M. Retroperitoneal leiomyomas: A clinicopathologic and immunohistochemical study of 56 cases with a comparison to retroperitoneal leiomyosarcomas. *Am J Surg Pathol.* 2001;25:1355–1363.
13. Poliquin V, Victory R, Vilos GA. Epidemiology, Presentation, and Management of Retroperitoneal Leiomyomata: Systematic Literature Review and Case Report. *J J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15:152–160. DOI: 10.1016/j.jmig.2007.12.009
14. Dursun P, Salman MC, Taskiran C, Yüce K, Ayhan A. Retroperitoneal leiomyomatosis: A case report. *Int J Gynecol Cancer.* 2005;15:1222–1225.
15. Karray O, Boulma R, Abdi A, Ben Miled A, Dhaoui A, Menif N, et al. Management of a giant retroperitoneal leiomyoma: A case report. *J Med Case Rep.* 2018;12:81.
16. Sinha R, Sundaram M, Mahajan C, Sambhus A. Multiple leiomyomas after laparoscopic hysterectomy: Report of two cases. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14:123–127.
17. Van Der Meulen JF, Pijnenborg JMA, Boomsma CM, Verberg MFG, Geomini PMAJ, Bongers MY. Parasitic myoma after laparoscopic morcellation: A systematic review of the literature. *BJOG* 2016;123:69–75
18. Lu B, Xu J, Pan Z. Iatrogenic parasitic leiomyoma and leiomyomatosis peritonealis disseminata following uterine morcellation. *J Obstet Gynaecol Res.* 2016;42:990–999.
19. Yoshida A, Nii S, Matsushita H, Morii Y, Watanabe K, Wakatsuki A. Parasitic myoma in women after laparoscopic myomectomy: A late sequela of morcellation? *J Obstet Gynaecol.* 2015;35:322–323.
20. Oindi FM, Mutiso SK, Obura T. Port site parasitic leiomyoma after laparoscopic myomectomy: A case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2018;12:339.
21. Lete I, González J, Ugarte L, Barbadillo N, Lapuente O, Álvarez-Sala J. Parasitic leiomyomas: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016; 203:250–259.
22. Cohen A, Tulandi T. Long-term sequelae of unconfined morcellation during laparoscopic gynecological surgery. *Maturitas.* 2017;97:1–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037851221630322X>
23. Huang PS, Chang WC, Huang SC. Iatrogenic parasitic myoma: A case report and review of the literature. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2014;53:392–396. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455914001338>
24. Chen I, Firth B, Hopkins L, Bougie O, Xie RH, Singh S. Clinical characteristics differentiating uterine sarcoma and fibroids. *J Soc Laparoendosc Surg.* 2018;22:e2017.00066.
25. Bogani G, Cliby WA, Aletti GD. Impact of morcellation on survival outcomes of patients with unexpected uterine leiomyosarcoma: A systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol.* 2015; 137:167–172. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25462199>
26. Cho HY, Kim K, Kim YB, No JH. Differential diagnosis between uterine sarcoma and leiomyoma using preoperative clinical characteristics. *J Obstet Gynaecol Res.* 2016;42:313–318. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26695124>
27. Sato K, Yuasa N, Fujita M, Fukushima Y. Clinical application of diffusion-weighted imaging for preoperative differentiation between uterine leiomyoma and leiomyosarcoma. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210:368.e1–368.e8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24368137>
28. Zhao WC, Bi FF, Li D, Yang Q. Incidence and clinical characteristics of unexpected uterine sarcoma after hysterectomy and myomectomy for uterine fibroids: A retrospective study of 10,248 cases. *Onco Targets Ther.* 2015;8:2943–2948. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26508879>
29. Robles-Fradejas M, Gonzalo-García I, Corcuera-Díez S, Vallejo-Blanco E, Blanco-Fernández T, Campa JMG. Rapidly growing vaginal leiomyoma. A case report. *Ginecol Obstet Mex.* 2018;86:687–691. Available from: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.2243>
30. Mantellini C, Rivero C J, Morao CC. Mioma vaginal: Reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2011;71:65–67. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000100010
31. Wang EOC, Li SS. Case report: Leiomyoma of the anterior abdominal wall. *Med J Malaysia.* 2016;71:81–82.

32. Paolo RA, José LTJ, Luis CM, María SCS. Mioma primario de la trompa de Falopio: Una localización muy infrecuente. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013 Jul;78:317–319.
33. Peitsidis P, Zarganis P, Trichia H, Vorgias G, Smith JR, Akrivos T. Extragastrintestinal stromal tumor mimicking a uterine tumor. A rare clinical entity. *Int J Gynecol Cancer.* 2008;18:1115–1118. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17986244>
34. Gomez Portilla A, Echenagusía V, Cendoya I, Maqueda A, López de Heredia E. Karakousis's abdominoinguinal approach for the treatment of a primary retroperitoneal parasitic leiomyoma with inguinal extension. A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018;53:504–507. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.01.003>