



## clínica e investigación en ginecología y obstetricia

[www.elsevier.es/gine](http://www.elsevier.es/gine)



### CASO CLÍNICO

## Morcelación intraabdominal de un sarcoma uterino no diagnosticado



N. Barbadillo, O. Lapuente e I. Lete\*

*Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Araba,, Vitoria, España*

Recibido el 29 de julio de 2014; aceptado el 3 de diciembre de 2014

Disponible en Internet el 16 de marzo de 2015

#### PALABRAS CLAVE

Leiomyosarcoma;  
Morcelación;  
Laparoscopia

#### KEYWORDS

Leiomyosarcoma;  
Morcellation;  
Laparoscopy

**Resumen** Presentamos el caso de una paciente con un leiomyosarcoma no diagnosticado que fue tratada mediante histerectomía subtotal laparoscópica y morcelación. Con posterioridad, la paciente fue tratada mediante traquelectomía y doble anexectomía y unos meses más tarde presentó una recidiva local del leiomyosarcoma.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

#### Intra-abdominal morcellation of an undiagnosed uterine sarcoma

**Abstract** We present the case of a patient with unsuspected leiomyosarcoma who underwent a supracervical hysterectomy and morcellation. After this diagnosis we performed a traquelectomy and anexectomy. A few months later, the patient developed local recurrence of the leiomyosarcoma.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

### Introducción

Recientemente la Food and Drug Administration (FDA) estadounidense ha advertido sobre los riesgos de la morcelación tras una histerectomía o miomectomía realizadas por vía laparoscópica<sup>1</sup>, debido a la posibilidad de morcelar, dentro de la cavidad abdominal, un espécimen maligno, especialmente un sarcoma uterino no diagnosticado previamente.

Como consecuencia, una conocida compañía farmacéutica que fabrica y suministra morceladores eléctricos ha decidido suspender su venta<sup>2</sup>.

Nosotros presentamos el caso de una paciente a la que se le realizó una histerectomía subtotal con salpinguectomía bilateral seguida de morcelación eléctrica de la pieza con diagnóstico anatomopatológico final de sarcoma uterino.

### Caso clínico

Se trata de una paciente de 41 años de edad, sin antecedentes de interés, nuligesta, que acudió a nuestro centro, en el mes de julio de 2012, por presentar dolor en fosa iliaca

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [luisignacio.lete@osakidetza.net](mailto:luisignacio.lete@osakidetza.net) (I. Lete).

izquierda de una semana de evolución, con sensación de cansancio en piernas y tenesmo rectal, que habían cedido espontáneamente.

A la exploración presentaba los genitales externos, la vagina y el cérvix normales y el útero impresionaba de tamaño normal. No refería dolor a la movilización ni palpación uterina y los anejos no se palpaban.

Se realizó ecografía endovaginal con el resultado de: útero en anteflexión con mioma intramural en canto izquierdo de 47 × 51 mm. Endometrio regular, de aspecto secretor, y espesor de 10,2 mm. Ambos anejos normales. Sin líquido libre en Douglas.

Con el diagnóstico de mioma uterino intramural, y dado que la paciente estaba asintomática en ese momento, se le indicó observación y nuevo control en un año.

En mayo de 2013 la paciente acudió a control del mioma. Estaba asintomática, con ciclos regulares y menstruaciones de cantidad normal. A la exploración presentaba un útero hipertrófico del tamaño de una gestación de 12-14 semanas. En la ecografía endovaginal realizada se apreció que el útero había aumentado de tamaño respecto a la ecografía previa a expensas del mioma intramural en canto izquierdo, que medía 9 cm.

Ante este hallazgo se propuso a la paciente, que en ese momento tenía 40 años de edad, la realización de una histerectomía simple. Tras discutir con ella las opciones, aceptó una histerectomía subtotal laparoscópica y salpinguectomía bilateral.

El 17/09/13 se realizó una laparoscopia con hallazgos de útero muy aumentado de tamaño, como una gestación de 16 semanas, con un mioma intramural-subseroso de 10 cm en canto uterino izquierdo, anejos y el resto de la cavidad abdominal normales y se practicó, según lo previsto, una histerectomía subtotal laparoscópica con salpinguectomía bilateral.

El resultado de anatomía patológica informó de fragmentos de leiomiomasarcoma con un índice mitótico >10/10 CGA, y el estudio inmunohistoquímico de actina y desmina con positividad difusa y generalizada, CD10: negativo y KI-67 > del 90%.

Ante este diagnóstico se realizó estudio de invasión mediante tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominopélvica que fue informada como normal.

El día 08/10/13 se practicó traquelectomía del cuello restante, ooforectomía bilateral y linfadenectomía pélvica bilateral, por vía laparoscópica. El informe de anatomía patológica no destacó ningún hallazgo tumoral y los 9 ganglios linfáticos pélvicos analizados estaban libres de infiltración tumoral.

Derivada al Servicio de Radioterapia Oncológica, se decidió no realizar tratamiento adyuvante y controlar a la paciente según protocolo establecido.

En una TAC realizada en febrero de 2014 se observó en la pelvis un nódulo sólido de 28 mm que no se hallaba presente en la TAC previa, compatible con recidiva. Ante estos hallazgos se realizó PET-TAC que informó de la existencia de un nódulo intrapélvico con características metabólicas de malignidad con relación a recidiva de su proceso tumoral de base.

Con el diagnóstico de recidiva local del leiomiomasarcoma se decidió, en el seno del Comité de Tumores de nuestro hospital, realizar nueva cirugía que se efectuó el día

25/02/14 mediante abordaje, nuevamente laparoscópico, con los únicos hallazgos de adherencias de epiplón y asas intestinales a pared pélvica y tumoración única de 3 cm localizada sobre el mesenterio del sigma. Se realizó resección del nódulo descrito con márgenes amplios y el estudio anatomopatológico informó de tejido fibroadiposo extensamente infiltrado por leiomiomasarcoma.

Tras esta nueva intervención se decidió iniciar tratamiento adyuvante con quimioterapia. En la actualidad la paciente se encuentra en el cuarto ciclo de quimioterapia con docetaxel y gemcitabina. Cuando finalice la quimioterapia se le propondrá realizar radioterapia.

## Discusión

En el ámbito de la Ginecología la cirugía laparoscópica ha cobrado un importante auge en los últimos años de forma que en la actualidad muchas de las histerectomías y las miomectomías que se realizan se efectúan mediante abordaje laparoscópico. En algunos casos de histerectomías totales por úteros de gran tamaño y en los casos de realizar histerectomías subtotales o miomectomías, es necesario proceder a la morcelación, total o parcial, de la pieza previamente a su extracción.

La preocupación por la morcelación surge por la posibilidad de fragmentar y extender dentro de la cavidad abdominal una formación neoplásica de origen uterino, especialmente un sarcoma.

El leiomiomasarcoma de útero es una entidad patológica de baja frecuencia (1,5% de todos los tumores malignos del útero) pero de alta malignidad<sup>3</sup>. El síntoma más frecuente que presenta en el momento del diagnóstico es el sangrado uterino anómalo (46,7% de los casos)<sup>4</sup>.

El tratamiento del leiomiomasarcoma uterino es quirúrgico, con realización de histerectomía total y doble anexectomía<sup>5</sup>, mientras que tanto la linfadenectomía como los tratamientos adyuvantes no han demostrado mejorar el pronóstico de la enfermedad<sup>6</sup>. A pesar de ello, nosotros realizamos una linfadenectomía pélvica debido al desconocimiento de la práctica a seguir tras haber morcelado un sarcoma uterino.

Debido a la inespecificidad de los síntomas que presenta, en algunos casos de pacientes con leiomiomasarcomas en estadios tempranos puede realizarse un diagnóstico erróneo de mioma uterino y, tras catalogar el cuadro como benigno, tratar mediante una histerectomía o miomectomía laparoscópica que conlleven morcelación<sup>7</sup>. Las pacientes tratadas mediante morcelación inadvertida de un sarcoma tienen un riesgo incrementado de presentar diseminación peritoneal frente a las que no han sido tratadas mediante morcelación (40 versus 13%) y una menor supervivencia a los 5 años (71 versus 45%)<sup>8</sup>. En una muy amplia serie de 22.825 pacientes tratadas mediante cirugía por un supuesto mioma uterino, en 49 casos (0,21%) el diagnóstico anatomopatológico final fue de leiomiomasarcoma<sup>9</sup>.

El problema con el que debemos de enfrentarnos en la práctica clínica es el del diagnóstico de leiomiomasarcoma en mujeres jóvenes, premenopáusicas, en las que el sangrado anómalo puede ser explicado por la presencia de un mioma uterino. Ante la ausencia de clínica específica, uno de los criterios habitualmente utilizados como signo de alarma ha

sido el del rápido crecimiento uterino. En el caso que presentamos el mioma había pasado de 5 a 9 cm en el plazo de un año.

No obstante, no parece existir un criterio unánime a la hora de considerar el crecimiento rápido de un mioma como un signo de alarma. Así, en una serie de 371 pacientes operadas por aumento rápido del mioma, no se encontró ningún leiomioma<sup>10</sup>. En una serie más reciente de 155 pacientes tratadas mediante histerectomía por aumento rápido del tamaño de un mioma, únicamente en 2 casos se diagnosticó un leiomioma<sup>11</sup>. Para los autores de ambos estudios, el rápido crecimiento de un mioma no es razón suficiente para evitar el abordaje laparoscópico.

Lo que se necesita es informar adecuadamente a las pacientes sobre esta rara posibilidad de manera que dispongan de la información necesaria para tomar la decisión sobre la vía de abordaje quirúrgico e incluir este apartado en el consentimiento informado. Además, y en aras de reducir los posibles riesgos asociados a la morcelación, quizá sería una buena opción reducir el número de histerectomías supracervicales, especialmente en aquellos casos de crecimiento rápido de un mioma, y aprender otras técnicas de morcelación<sup>12</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. US Food and Drug Administration. Quantitative assessment of the prevalence of unsuspected uterine sarcoma in women undergoing treatment of uterine fibroids. [consultado 20 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/UCM393589.pdf>
2. Hackethal V. Morcellation has role in patient care, society say. [consultado 20 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/825043>
3. Olah KS, Dunn JA, Gee H. Leiomyosarcomas have a poorer prognosis than mixed mesodermal tumours when adjusting for known prognostic factors: The result of a retrospective study of 423 cases of uterine sarcoma. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99:590-4.
4. Cantu de Leon D, Gonzalez H, Perez Montiel D, Coronel J, Perez-Plasencia C, Villavicencio-Valencia V, et al. Uterine sarcomas: Review of 26 years at The Instituto Nacional de Cancerología of Mexico. *Int J Surg.* 2013;11:518-23.
5. D'Angelo E, Prat J. Uterine sarcomas: A review. *Gynecol Oncol.* 2010;116:131-9.
6. Trope CG, Abeler VM, Kristensen GB. Diagnosis and treatment of sarcoma of the uterus. A review. *Acta Oncol.* 2012;51:694-705.
7. Fukunishi H, Funaki K, Ikuma K, Kaji Y, Sugimura K, Kitazawa R, et al. Unsuspected uterine leiomyosarcoma: Magnetic resonance imaging findings before and after focused ultrasound surgery. *Int J Gynecol Cancer.* 2007;17:724-8.
8. Park JY, Park SK, Kim DY, Kim JH, Kim YM, Kim YT, et al. The impact of tumor morcellation during surgery on the prognosis of patients with apparently early uterine leiomyosarcoma. *Gynecol Oncol.* 2011;122:255-9.
9. Park JY, Nam JH. Letters to the editor. *Gynecol Oncol.* doi: 10.1016/j.ygyno.2011.08.035.
10. Parker WH, Fu YS, Berek JS. Uterine sarcoma in patients operated on for presumed leiomyoma and rapidly growing leiomyoma. *Obstet Gynecol.* 1994;83:414-8.
11. Leung F, Terzibachian JJ, Gay C, Chung Fat B, Aouar Z, Lassabe C, et al. Hysterectomies performed for presumed leiomyomas: Should the fear of leiomyosarcoma make us apprehend non laparoscopic surgical routes? *Gynecol Obstet Fertil.* 2009;37:109-14.
12. Kho KA. Evaluating the risks of electric uterine morcellation. *JAMA.* 2014;311:905-6.