

**F. Tresserra<sup>a</sup>**  
**C. Millan<sup>b</sup>**  
**P.J. Grases<sup>a</sup>**  
**M.A. Pascual<sup>b</sup>**  
**R. Labastida<sup>b</sup>**  
**P.N. Barri<sup>b</sup>**  
**S. Dexeus<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona.

<sup>b</sup>Departamento de Obstetricia y Ginecología. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona. España.

**Correspondencia:**

Dr. F. Tresserra.

Servicio de Anatomía Patológica. Instituto Universitario Dexeus. Paseo de la Bonanova, 69. 08017 Barcelona. España.  
Correo electrónico: 25865fc@comb.es

Fecha de recepción: 28/7/04

Aceptado para su publicación: 31/8/04

---

**Leiomiosomatosis difusa  
del útero: aspectos  
clínicopatológicos  
en 5 casos**

579

*Diffuse uterine leiomyomatosis:  
clinicopathologic features  
in 5 cases*

**RESUMEN**

**Introducción:** La leiomiosomatosis difusa del útero es una entidad rara que cursa con un aumento del tamaño uterino.

**Descripción de los casos:** Se revisan las características clínicopatológicas de 5 casos. La sintomatología más frecuente fue por sangrado uterino. Tres de las pacientes tenían hijos, y 2 de ellas habían tenido algún aborto. En 3 ocasiones se efectuó una histerectomía subtotal. En las otras 2 se practicó una resección parcial por deseos de la paciente de conservar la fertilidad.

**Conclusión:** La leiomiosomatosis difusa uterina es una lesión benigna que puede afectar a la fertilidad o complicar de forma significativa el parto.

**PALABRAS CLAVE**

Útero. Leiomioma. Leiomiosomatosis difusa.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Diffuse uterine leiomyomatosis is a rare entity that increases uterine size.

**Cases description:** The clinicopathologic features of five cases are reviewed. The most frequent symptom was uterine bleeding. Three of the patients had children and two of them had a past history of abortion. In three patients, subtotal hysterectomy was performed. In the remaining two, partial resection was carried out as the patients wished to preserve fertility.

**Conclusion:** Diffuse uterine leiomyomatosis is a benign lesion that can affect patients' fertility or complicate delivery.

**KEY WORDS**

Uterus. Leiomyoma. Diffuse leiomyomatosis.

## 580 INTRODUCCIÓN

La leiomiomatosis difusa del útero (LDU) es una entidad clinicopatológica rara de la que hasta la fecha se han descrito aproximadamente una cuarentena de casos<sup>1</sup>. La mayoría de las publicaciones hacen referencia a casos aislados, exceptuando algunas series con 4 pacientes<sup>2,3</sup>. Se trata de una lesión benigna, y para designarla se han utilizado términos como *tendencia miomatosa generalizada*, *miomatosis* o *fibromatosis completa*<sup>4</sup>. No fue hasta 1979 cuando Lapan y Solomon<sup>5</sup> propusieron la denominación de LDU para referirse a la afectación del miometrio de forma difusa por múltiples nódulos leiomiomatosos. Clínicamente, la LDU cursa con dolor abdominal, sangrado uterino e infertilidad<sup>2,4,6-8</sup>. Se han descrito casos asociados a embarazo<sup>5,7</sup>, así como pacientes en las que además existía afectación ovárica bilateral y peritoneal<sup>6</sup>, e incluso con compromiso del mesocolon<sup>6,9</sup>. Hasta el momento, sólo con raras excep-

ciones, el tratamiento de elección ha sido la histerectomía<sup>4,11</sup>. El presente trabajo tiene como objetivo presentar los aspectos clinicopatológicos de 5 casos de LDU.

## CASOS CLÍNICOS

Durante los últimos 7 años en nuestro centro se han diagnosticado un total de 5 casos de LDU. La edad media de las pacientes fue de 36 (32-42) años. La sintomatología fue un sangrado uterino en 3 de las pacientes (tabla 1), otra consultó por esterilidad y en otra la lesión se descubrió en el transcurso de una cesárea. Ecográficamente todas las pacientes mostraron un aumento del tamaño uterino, el cual en ocasiones era asimétrico, constatándose la presencia de nódulos predominantes. Dos de las pacientes estaban recibiendo tratamiento hormonal con gestágenos con o sin análogos. Tres de las mu-

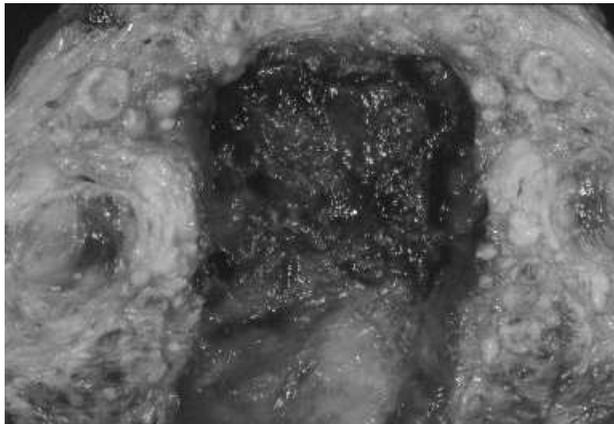
**Tabla 1** Hallazgos clínicos y ecográficos

Caso	Edad	Paridad	Tratamiento hormonal	Sintomatología	Hallazgos ecográficos
1	35	2 partos 1 aborto	No	Sangrado uterino	Aumento del tamaño uterino Polileiomiomatosis
2	32	1 parto 2 abortos	Sí	Sangrado uterino	Aumento del tamaño uterino
3	36	No	No	Sangrado uterino	Aumento del tamaño uterino Polileiomiomatosis
4	33	1 parto	Sí	No	Aumento del tamaño uterino
5	42	No	No	Esterilidad	Aumento del tamaño uterino

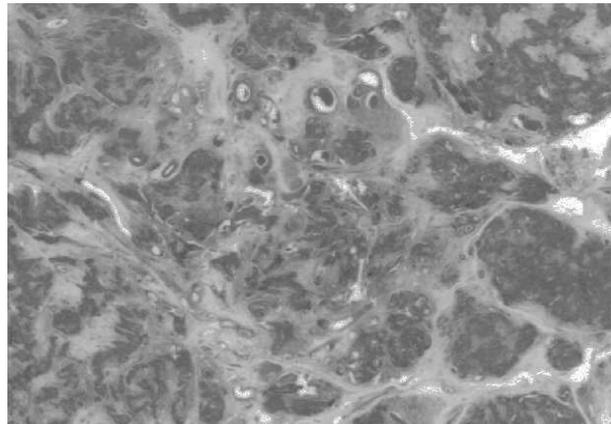
**Tabla 2** Hallazgos anatomopatológicos

Caso	Tipo de resección	Peso espécimen (g)	Medidas (cm)	Tamaño nódulo mayor (cm)	Necrosis	Mitosis <sup>a</sup>	Cambios vasculares
1	Histerectomía subtotal	348	10,5 8 5	9,3	No	3	Ausentes
2	Resección parcial	15	2 y 2,8	-	No	1	Proliferación leiomiocítica perivascular
3	Histerectomía subtotal	976	15 13 8	3,6	No	2	Hialinización perivascular
4	Histerectomía subtotal	1.230	15 12 9,5	3,7	No	1	Ausentes
5	Resección parcial	29	4,5 4,5 2,5	1,2	No	1	Proliferación leiomiocítica perivascular

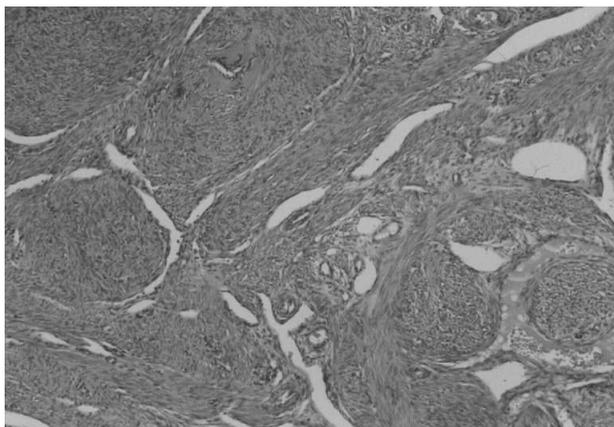
<sup>a</sup>Contadas en 50 campos de mayor aumento.



**Figura 1.** Aspecto macroscópico de la superficie de corte del miometrio que muestra una multinodulación de límites imprecisos. La cavidad uterina presenta material necrótico y hemorragia posparto (caso 4).



**Figura 2.** Imagen microscópica que muestra una proliferación leiomiocítica que forma nódulos de contornos imprecisos (hematoxilina eosina, 10) (caso 5).



**Figura 3.** Detalle de la proliferación de leiomiocitos maduros sin atipias (hematoxilina eosina, 40) (caso 1).

jeres tenían hijos, y 2 de ellas habían presentado algún aborto.

En 3 pacientes se efectuó una histerectomía subtotal debido a dificultades quirúrgicas y sangrado durante la intervención (tabla 2). En una de estas pacientes (caso 4) la histerectomía se practicó a los 3 días de haberle efectuado una cesárea por fallo en la sutura. En las otras 2 pacientes se realizó una resección parcial de la porción del útero, con mayor incremento del volumen por deseo de las pacientes de conservar la fertilidad.

En los especímenes resecados correspondientes a una histerectomía subtotal se constató un incremento difuso del tamaño uterino, observándose en todas las piezas quirúrgicas multinodulación en el miometrio, apreciándose siempre algún nódulo de tamaño predominante que oscilaba entre 1,2 y 9,3 cm (fig. 1). Microscópicamente existía una proliferación de leiomiocitos maduros que en unas áreas era difusa y en otras formaba nódulos de contornos imprecisos y difíciles de delimitar los unos de los otros (figs. 2 y 3). Ninguno de los casos mostró necrosis, y las mitosis oscilaron entre una por 50 campos de mayor aumento en 3 casos, y 2 y 3 en los otros 2 casos. En 2 especímenes se constató una proliferación leiomiocítica perivascular, y en otro los vasos presentaron hialinización de la pared.

La evolución de las pacientes fue correcta, con un seguimiento medio de 2,8 (1-6) años. Una de las 2 pacientes en las que se practicó una resección parcial ha conseguido un embarazo posterior.

## DISCUSIÓN

La LDU es una entidad clinicopatológica benigna caracterizada por la presencia de múltiples nódulos en el espesor del miometrio, constituidos por una proliferación leiomiocítica. Estos nódulos son de variado tamaño y adoptan un patrón confluyente que en la mayoría de ocasiones hace imposible su deli-

**582** mitación microscópica<sup>4,6,7</sup>. Suele diagnosticarse entre la tercera y cuarta décadas de la vida, y los síntomas más frecuentes son dolor abdominal y sangrado uterino<sup>2,4,6-8</sup>. La infertilidad también es uno de los síntomas de presentación, e incluso se ha considerado que en la LDU la fertilidad se ve completamente comprometida<sup>10</sup>; prueba de ello es la historia de abortos en pacientes con LDU<sup>7</sup>, como hemos constatado en 2 de nuestros casos en que existían antecedentes de aborto tras partos exitosos. Sin embargo, existen varios casos en los que pacientes con LDU han llevado a término gestaciones con éxito<sup>4,7</sup>, aunque, como sucedió en uno de nuestros casos, es necesaria la práctica de una cesárea, y en diversas ocasiones la subsiguiente histerectomía por sangrado, problemas de sutura o defectos en la involución uterina.

La naturaleza del proceso hace que la histerectomía sea el tratamiento electivo en la práctica totalidad de los casos<sup>7,11</sup>, aunque en ocasiones se ha tratado mediante la embolización de la arteria uterina, consiguiéndose una reducción del volumen uterino<sup>10</sup>. Tres de nuestros casos se trataron mediante histerectomía subtotal por sangrado y problemas quirúrgicos durante la intervención. Una de ellas era una paciente a quien se había efectuado una cesárea 3 días antes y presentó un fallo de la sutura. En las otras 2 mujeres se efectuó una resección parcial por deseos de conservar la fertilidad, y ninguna de ellas ha conseguido un embarazo posterior al tratamiento.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con los leiomiomas convencionales múltiples, en los cua-

les existe una clara delimitación entre un nódulo y otro; con el sarcoma del estroma endometrial, en el que no suele observarse un patrón de crecimiento con tendencia a formar nódulos confluentes, y con la leiomiomatosis peritoneal diseminada, en la que, además de la presencia de múltiples miomas uterinos, existe una afectación peritoneal difusa. Esta última entidad debe considerarse particularmente en los casos en que la LDU se acompaña de afectación ovárica, parametrial o peritoneal<sup>6,9</sup>. Finalmente debe diferenciarse de la leiomiomatosis intravenosa, en la que existe ocupación de la luz de espacios vasculares.

Al igual que con el origen de los leiomiomas convencionales, la patogénesis de la LDU es desconocida. Existen autores que consideran que se trata de un proceso de origen multifocal que adopta un patrón difuso<sup>7</sup>, hipótesis avalada por estudios de la clonalidad de estas lesiones<sup>11</sup>. No obstante, el hecho de que exista un aumento difuso y simétrico del útero podría favorecer el que se tratase de una lesión debida a una proliferación desorganizada del músculo liso en respuesta a un estímulo determinado<sup>7</sup>. Incluso se le ha atribuido un origen vascular debido a la existencia de una proliferación leiomiocítica alrededor de los vasos intranodulares de la LDU<sup>3</sup>, hecho que hemos observado en 2 de nuestros casos.

La LDU es una lesión benigna que en muchas ocasiones compromete la fertilidad de la paciente, y, de no ser así, puede complicar de forma significativa el parto. El tratamiento electivo es la histerectomía, aunque en ocasiones puede intentarse el tratamiento conservador con la finalidad de preservar la fertilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Baschinsky DY, Isa A, Niemann TH, Prior TW, Lucas JG, Frankel WL. Diffuse leiomyomatosis of the uterus: a case report with clonality analysis. *Hum Pathol* 2000;31:1429-32.
2. Mulvany NJ, Ostor AG, Ross I. Diffuse leiomyomatosis of the uterus. *Histopathology* 1995;27:175-9.
3. Clement PB, Young RH. Diffuse leiomyomatosis of the uterus: a report of four cases. *Int J Gynecol Pathol* 1987;6:322-30.
4. Domnitz SW, Roth JA, Corwin LJ. Diffuse leiomyomatosis of the uterus in pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1994; 39:61-6.

5. Lapan B, Solomon L. Diffuse leiomyomatosis of the uterus precluding myomectomy. *Obstet Gynecol* 1979;53:82S-4S.
6. Robles-Frias A, Severin CE, Robles-Frias MJ, Garrido JL. Diffuse uterine leiomyomatosis with ovarian and parametrial involvement. *Obstet Gynecol* 2001;97:834-5.
7. Grignon DJ, Carey MR, Kirk ME, Robinson ML. Diffuse uterine leiomyomatosis: a case study with pregnancy complicated by intrapartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1987;69:477-80.
8. Lai FM, Wong FW, Allen PW. Diffuse uterine leiomyomatosis with hemorrhage. *Arch Pathol Lab Med* 1991;115:834-7.
9. Beattie GJ, Williams AR, Duncan A, Smart GE. Diffuse leiomyomatosis of the uterus with local pelvic spread. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:492-4.
10. Kido A, Monma C, Togashi K, Ueda H, Itoh K, Fujii S, et al. Uterine arterial embolization for the treatment of diffuse leiomyomatosis. *J Vasc Interv Radiol* 2003;14:643-7.
11. Fedele L, Zamberletti D, Carinelli S, Motta T, Candiani GB. Diffuse uterine leiomyomatosis. *Acta Eur Fertil* 1982;3:125-31.