
Casos clínicos

C. Salvador¹

A. Gracia²

R. Benito¹

J. Hernández¹

A. Alejos¹

G. Manzanera¹

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología

²Servicio de Anatomía Patológica
Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro.
Logroño

Correspondencia:

Dr. C. Salvador Ballada
Hospital San Millán
Autonomía de la Rioja, 3
26004 Logroño
E-mail: csalvador@eniac.es

Fecha de recepción: 26/4/00

Aceptado para publicación: 14/9/00

Linfangioma uterino

489

Uterine lymphangioma

Salvador Ballada C, Gracia Marzo A, Benito Velasco R, Hernández Hernández J, Alejos A, Manzanera Bueno G. Linfangioma uterino. *Prog Obstet Ginecol* 2000;43:489-491.

INTRODUCCIÓN

El linfangioma es un tumor muy raro en el útero, denominado también linfangiomoma, linfangiomoma quístico o linfangiomoma cavernoso⁽¹⁾ y está formado por canales linfáticos que infiltran el miometrio. Es difícil sospecharlo por estudio ultrasonográfico, aunque este tipo de tumores blandos del útero suelen visualizarse como una masa hiperecogénica de márgenes regulares habitualmente ubicados en fondo uterino, y con Doppler color muestra ausencia de vascularización. Histológicamente hay quien sostiene que se trata realmente de mesoteliomas y su aspecto es variable, unos compactos, otros cavernosos, pero todos ellos de evolución benigna⁽²⁾. A veces presentan gran actividad endotelial, por lo que se deberían llamar linfangioendoteliomas⁽⁷⁾. Ante todo no deben confundirse con la linfangiectasia pronunciada que pueden presentar algunos miomas y que en ningún momento se pueden llamar linfangiomas.

El caso que presentamos fue un hallazgo histológico postquirúrgico al haberse indicado la cirugía según los hallazgos ecográficos e histeroscópicos previos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 70 años de edad con antecedentes médico-quirúrgicos de colecistectomía, corrección

quirúrgica de una eventración y obesidad importante. En sus antecedentes obstétricos-ginecológicos figuran: menarquía a los 12 años, menopausia a los 50 años y E6P5 (un gemelar) y un aborto.

Acudió a revisión preventiva, detectándose por ecografía un útero de tamaño normal, cuya cavidad estaba ocupada por una imagen hiperecogénica de 31×26 mm que lo hacía compatible con adenocarcinoma de endometrio o pólipos residuales calcificados. Los ovarios eran atróficos.

Se sometió a la paciente a un estudio histeroscópico visualizando la cavidad normal con mucosa de aspecto atrófico y orificios tubáricos visibles. La biopsia endometrial con cánula de Cornier no obtuvo material suficiente para su diagnóstico.

A la vista de los resultados, no pudiendo descartar la existencia de proceso maligno miometrial, se sometió a la paciente a tratamiento quirúrgico, practicándosele hysterectomía con doble anexectomía.

Macroscópicamente se observó un útero atrófico con una formación nodular en cara posterior de 4 cm ubicada en miometrio que presentaba una zona central de tejido sonrosado blando y elástico y una zona periférica quistificada. La mucosa endometrial y los ovarios eran atróficos.

Microscópicamente dicha formación intramural descrita en miometrio era redondeada, circunscrita, aunque no delimitada, constituida por una prolife-



Figura 1. Imagen ecográfica del linfangioma de cuerpo uterino.

ración de canales linfáticos, algunos de ellos, y sobre todo en zona periférica dilatados quísticamente, que infiltraban miometrio y encontrando focalmente acúmulos de linfocitos, en especial en áreas periféricas de los tabiques, por lo que fue filiado como linfangioma uterino

DISCUSIÓN

El caso presentado reúne interés por el diagnóstico diferencial que implica el hallazgo ecográfico. La imagen ultrasónica hiperrefringente rodeada de un halo anecoico con tractos radiales hiperecoicos lo hacían compatible con un adenocarcinoma de endometrio o pólipos endometriales calcificados. Descartado el origen endometrial por histeroscopia y ante la sospecha de tumor maligno miometrial, el estudio de la pieza concluyó que se trataba de una tumoración completamente benigna. En este sentido, el examen anatopatológico fue el que desenmascaró el diagnóstico, no teniendo que modificar a su vez el plan terapéutico.

El linfangioma del cuerpo uterino es un tumor infrecuente. Borrel recoge cuatro casos en 4.097 piezas de histerectomía por mioma⁽³⁾ que aparece sin factores predisponentes en mujeres entre 40 y 60 años. Suelen localizarse en el fondo de un útero



Figura 2. Aspecto macroscópico de la tumoración.

polimiotomato, aunque puede encontrarse también en cuello, cara anterior⁽⁴⁾ o ligamento ancho⁽⁵⁾. Se ubica en el miometrio y la serosa, pero puede extenderse a endometrio, alcanzando un tamaño de hasta 20 cm de diámetro. El aspecto es quístico y su contenido cetrino o más oscuro en ocasiones. Histológicamente la participación miomatosa es variable.

Macroscópicamente se parecen a pequeños miomas de consistencia blanda y márgenes bien delimitados. Microscópicamente están formados por canales linfáticos, algunos de ellos quísticos, pudiendo revestir un aspecto compacto o cavernoso.

En su etiopatogenia se invocan dos teorías: o bien se trata de una anomalía primitiva de los vasos

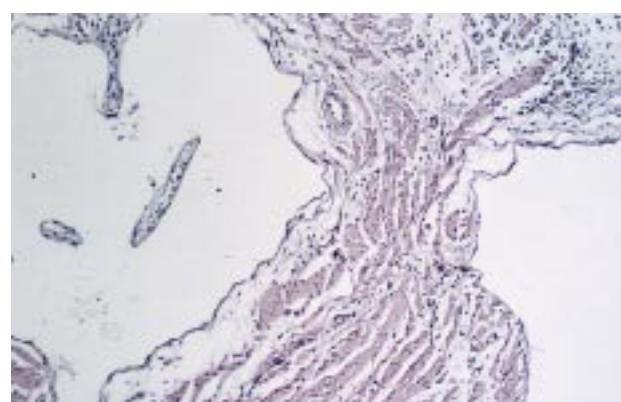


Figura 3. Estudio microscópico del linfangioma uterino. Canales linfáticos dilatados infiltrando miometrio con acúmulos focales de linfocitos. (Tinción hematoxilina-eosina $\times 40$).

linfáticos o es el resultado de una transformación particular de un mioma, ya que a menudo el linfangioma aparece incluido dentro del mismo⁽³⁾.

El diagnóstico diferencial histológico debe plantearse con los tumores adenomatoides que son tumores de la serosa uterina y del miometrio, originados de la serosa mesotelial, descubiertos en el 1% de la histerectomías de mujeres en época reproductiva y remedando pequeños miomas de consistencia blanda con márgenes mal definidos.. Los tumores adenomatoides infiltran focalmente miometrio con una configuración tubular y angiomatoide, y se distinguen por técnicas inmunohistoquímicas, ya que son positivos para la citoqueratina⁽⁶⁾. Otros tumores de tejidos blandos encontrados ocasionalmente en útero, también benignos, son el hemangioma, el lipoma y el hemangiopericitoma^(7,8).

En 1955, Pedowitz hace ya referencia a los tumores vasculares de útero benignos y malignos. Consideran que los hemangiomas son más frecuentes que los linfangiomas y que el hemangiopericitoma pre-

cisa de tinciones diferenciales (impregnaciones ar génicas y del retículo) para diferenciarlo de otras neoplasias malignas como tumores del estroma endometrial o sarcomas del estroma endometrial de bajo grado.

CONCLUSIONES

Habitualmente este tipo de tumores representan un hallazgo postoperatorio anatopatológico en casos quirúrgicos por miomatosis. Su naturaleza benigna hace innecesaria cualquier tratamiento posterior a su exéresis. No precisa ningún seguimiento especial.

En nuestro caso la imagen ecográfica nos planteó dudas diagnósticas que motivaron esta actitud terapéutica y que sólo la histología resolvió.

No se dispone de medios diagnósticos específicos, si bien el Doppler color ultrasonográfico nos puede orientar sobre el comportamiento benigno del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Borrel D, Philippe E. Cystic lymphangiomyomas of the uterus. Ann Anat Pathol (Paris) 1975;20(2):177-81.
- 2 Zeigerman JH. Vascular tumors of the uterus: benign or malignant. JAMA 1961;176:108.
- 3 Aubard Y, Gouault E, Renaudie P, Poumier-Chabanier C, Chameaud J, Catanzano G, Baudet JH. Lymphangioma of the uterus. A propos of a case. Rev Fr Gynecol Obstet 1986; 81(12): 719-20.
- 4 Salm R. Cavernous lymphangioma of the uterus. Am J Obstet Ginecol 1960;80,:365-7.
- 5 Rubinstein S, Rapaport M. Lymphangioma of the uterus. Akush Ginekol (Mosk) 1972;48(8):70.
- 6 Silverberg Steven G, Kurman Robert J. Tumors of the uterine corpus. Armed Forces Institute of Pathology. Washington; 1992. p. 146.
- 7 Pedowitz P, Felmus LB, Grayzel DM. Vascular tumors of the uterus. Benign vascular tumors. Am J Obstet Gynecol 1955;69: 1291-303.
- 8 Pounder DJ. Fatty tumours of the uterus. J Clin Pathol 1982; 35(12):1380-3.