

M.C. Viñuela Benítez
M.A. Granados Lastras
J.A. León Luis
A. Ripoll Jarauta
R. Mendizábal Castellanos
F. Vicandi Plaza
J.A. Clavero Núñez

Servicio de Ginecología.
Departamento de Obstetricia y Ginecología.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Correspondencia: M.C. Viñuela Benítez.
Avda. Alcalde de Móstoles, 25, 10.º D. 28933 Móstoles. Madrid.

Fecha de recepción: 9/6/00
Aceptado para su publicación: 13/11/00

Leiomioma ovárico. Descripción de un caso resuelto mediante laparoscopia

Ovarian leiomyoma. Report of a case resolved through laparoscopy

M.C. Viñuela Benítez, M.A. Granados Lastras, J.A. León Luis,
A. Ripoll Jarauta, R. Mendizábal Castellanos, F. Vicandi Plaza,
J.A. Clavero Núñez. Leiomioma ovárico. Descripción de un caso
resuelto mediante laparoscopia. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:33-35.

INTRODUCCIÓN

El leiomioma ovárico primario es una entidad clínica rara. Fue descrito por primera vez por Sangalli en 1862¹. Hasta 1996 se habían registrado en la bibliografía unos 50 casos².

El tratamiento consiste en la exéresis del tumor, practicándose mediante laparotomía en todos los casos documentados hasta el momento.

Se realiza una revisión bibliográfica y se presenta un caso diagnosticado en nuestro hospital que se resolvió mediante laparoscopia, vía no utilizada hasta el momento para la resolución de esta patología.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 19 años remitida por el ginecólogo de área por el hallazgo ecográfico de una masa aneja en la revisión ginecológica de rutina por toma de anticonceptivos hormonales orales.

Antecedentes personales sin interés. Como antecedentes familiares destaca una leucemia paterna. Antecedentes ginecológicos: M12, TM 4/28, nuliparidad.

Al ingreso la paciente se encuentra asintomática. El examen pélvico muestra un útero en anteversión, lateralizado hacia la derecha. Anejo derecho normal. Anejo izquierdo aumentado de tamaño, duro y móvil. La ecografía ginecológica confirma la existencia de una masa mixta de unos 7 cm de diámetro mayor, dependiente de anejo izquierdo (fig. 1). Los marcadores tumorales son negativos. El resto de pruebas analíticas estaban dentro de la normalidad.

Se indica la realización de laparoscopia terapéutica. El hallazgo endoscópico es de una tumoración sólida de unos 8 cm de diámetro dependiente de ovario izquierdo. El resto del aparato genital interno es normal. No existe líquido ascítico (fig. 2). Se realiza tumorectomía conservando tejido ovárico izquierdo sano. Se procede a la extracción de la tumoración por la incisión suprapúbica tras sección de la misma en varias partes.

El postoperatorio cursa dentro de la normalidad.

El informe anatomopatológico macroscópico revela la existencia de un fragmento de 8 × 7,5 × 5 cm y 127 g de peso y un segundo fragmento de 4,5 × 4 × 3 cm y 25 g de peso. Microscópicamente se objetiva la proliferación de células musculares lisas com-



Figura 1. Imagen ecográfica del leiomioma ovárico.

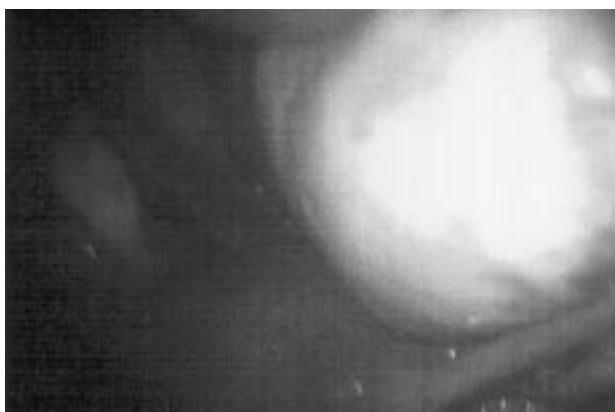


Figura 2. Fotografía laparoscópica correspondiente a la tumoración ovárica izquierda.

puestas por núcleos ovalados, monomorfos y citoplasmas fusiformes eosinófilos. Dichas células se disponen formando gruesos haces entrecruzados. No se observan atipias, ni mitosis ni áreas de necrosis. No existen signos histológicos de malignidad.

Se realiza el diagnóstico histopatológico de leiomioma ovárico.

DISCUSIÓN

El leiomioma ovárico primario es una entidad clínica muy poco frecuente. Es un tumor sólido, benigno y raro. Mientras que su localización uterina es muy común, tan sólo forma parte de un 1% de las neoplasias ováricas benignas³.

Es primario cuando se origina directamente del ovario. El leiomioma ovárico secundario es el mioma uterino subseroso pediculado que pierde su relación con el útero y tiene conexiones con el ovario⁴.

La mayoría se diagnostican en mujeres premenopáusicas^{5,6}. Algunos casos se han registrado durante el embarazo, pero la paridad no influye en su aparición⁷.

Generalmente, son de pequeño tamaño^{2,6,8-10} con un diámetro de 4 a 5 cm⁶. Los leiomiomas gigantes son raros. En 1899, Henrotin y Herzog describieron el primer caso de leiomioma gigante que medía 24 × 20 × 14,5 cm². En 1992, Van Winter y Stanhope³ diagnosticaron un mioma ovárico de 36 × 31 × 11 cm y con un peso de 6,855 kg. Fue en 1996 cuando Khaffaf et al reportaron un caso de un leiomioma de 36 × 32 × 25 cm y de 11,65 kg de peso, que se inició clínicamente como un abdomen agudo².

En la mayoría de los casos son unilaterales. Se encontraron 2 casos de presentación bilateral^{9,11}. Se describen, con frecuencia, asociados a miomas uterinos sugiriendo idéntica estimulación hormonal⁷.

La mayoría permanecen libres en la cavidad peritoneal, pero algunos tienen adherencias a intestino y órganos pélvicos². La localización más frecuente parece ser el hilio ovárico^{6,8}.

Suelen ser asintomáticos, siendo a veces detectados accidentalmente en un examen pélvico de rutina, durante una intervención quirúrgica por otro motivo o en autopsias¹². En alguna ocasión se ha diagnosticado durante un cribado de masas¹³.

Otras veces la paciente presenta leves molestias pélvicas⁷, incremento de la circunferencia abdominal^{4,11} y, más raramente, dolor agudo e irritación peritoneal debido a una torsión y necrosis del tumor⁷.

Un caso se inició clínicamente como una hernia inguinal indirecta¹⁴. En 1989 se publica el primer caso en el que el leiomioma ovárico presenta ascitis e hidrotórax, remitiendo la acumulación de fluidos después de la ooforectomía¹. Van Winter y Stanhope diagnostican otro leiomioma asociado a ascitis y polimiositis, que se resuelven también tras exéresis tumoral³. En otra ocasión presentaba hiperplasia celular hiliar y virilización debido a valores elevados de testosterona en plasma⁶. Se ha descrito la producción de hidronefrosis bilateral causada por un leiomioma gigante de ovario², desapareciendo los defectos de la función urinaria tras la cirugía.

Para algunos autores la ecografía abdominal y la tomografía axial computarizada no identifican el tipo y origen tumoral^{1,2}. Kobayashi et al presentaron un caso en el que las imágenes en resonancia magnética fueron útiles para distinguir un mioma ovárico de un tumor ovárico maligno o un mioma uterino¹⁵.

El origen es desconocido y muy debatido. Puede proceder de células musculares lisas de los vasos sanguíneos ováricos; de fibras musculares lisas cercanas al ligamento ovárico; de células germinales indiferenciadas en la estroma ovárica que son estimuladas y se diferencian de células musculares; de las fibras musculares lisas que existen en la corteza del ovario y que podrían estar relacionadas con el proceso de la ovulación; de áreas de endometriosis ovárica que contienen células musculares lisas (sin embargo, la mayoría de los casos no están asociados a endometriosis). A pesar de este controvertido origen histológico las opciones más aceptadas son las dos primeras⁷.

Histológicamente es indistinguible del leiomioma uterino. Los cambios degenerativos que ocurren en miomas uterinos como hialinización, hemorragia, calcificación y formaciones quísticas, pueden ser observados también en miomas ováricos^{3,4,11}.

La mayoría son leiomiomas clásicos pero han sido diagnosticadas variantes epitelioides con áreas de hialinización⁵, variantes leiomioblastomatosas y asociaciones con cistoadenoma mucinoso multilocular¹⁰.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con los fibromas y tecomas ováricos (lo que es fácil con técnicas inmunohistoquímicas estudiando anticuerpos a vimentina, desmina y actina de músculo liso y técnicas específicas de tinción)^{7,13}, con la leiomiomatosis diseminada peritoneal, con tumores que crecen en el ligamiento ancho o con miomas uterinos parasitarios^{3,6}. El diagnóstico diferencial con los leiomiomas de ovario se basa en el pleomorfismo citológico-nuclear y en el número de mitosis^{4,7}.

La actitud terapéutica consiste en la exéresis del tumor⁷. Mediante laparotomía se han realizado ooforectomías, anexectomías e hysterectomías abdominales con anexectomía uni/bilateral.

En este caso se realizó la tumorectomía por laparoscopia conservando el tejido ovárico izquierdo sano.

A nuestro entender, tras una revisión exhaustiva de la bibliografía, éste es el primer caso que se resuelve mediante laparoscopia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nicoll JJ, Cox PJ. Leiomyoma of the ovary with ascites and hydrothorax. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 177-178.
2. Khaffaf N, Khaffaf H, Wuketich S. Giant ovarian leiomyoma as a rare cause of acute abdomen and hydronephrosis. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 872-873.
3. Van Winter JT, Stanhope CR. Giant Ovarian leiomyoma associated with ascites and polymyositis. *Obst Gynecol* 1992; 80: 560-563.
4. Morgante G, Bernabei A, Facchini C, Mazzini M, Fava A. Leiomyoma of the ovary. Case report. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1995; 22: 312-314.
5. Sari I, Kurt A, Kadanali S, Gundogdu C, Bitiren M. Leiomyoma of the ovary: report of two cases and review of the literature. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 480-482.
6. Prayson RA, Hart WR. Primary smooth-muscle tumors of the ovary. A clinicopathologic study of four leiomyoma and two mitotically active leiomyomas. *Arch Pathol Lab Med* 1992; 116: 1068-1071.
7. Vierhout ME, Pijpers L, Tham MN, Chadha-Ajwani S. Leiomyoma of the ovary. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990; 69: 445-447.
8. Randrianjafisamindrakotroka NS, Chadli-Debbiche A, Philippe E. Leiomyoma of the ovary. A propos of 12 cases. *Arch Anat Cytol Pathol* 1994; 42: 26-28.
9. Danihel L, Losch A, Kainz C, Feldmar T, Breitenacker G. Bilateral primary leiomyoma of the ovary. *Wien Klin Wochenschr* 1995; 107: 436-438.
10. Matamala ME, Nogales FF, Aneiros J, Herraiz MA, Caracul MD. Leiomyomas of the ovary. *Int J Gynecol Pathol* 1988; 7: 190-196.
11. San Marco L, Londero F, Stefanutti V, Costa L, Rocco M. Ovarian leiomyoma. Case report. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1991; 18: 145-148.
12. Gut R, Wozniak F, Listos T. A rare case of ovarian leiomyoma. A case report with review of literature. *Ginekolog Pol* 1997; 68: 567-571.
13. Sato Y, Tanaka T. An ovarian leiomyoma: a case report. *J Obstet Gynaecol Res* 1998; 24: 349-354.
14. Prasad KR, Aruna C, Saheb DA. Primary leiomyoma of ovary. *Indian J Med Sci* 1993; 47: 39-41.
15. Kobayashi Y, Murakami R, Sugizaki K, Yamamoto K, Sasaki S, Tajima N et al. Primary leiomyoma of the ovary: a case report. *Eur Radiol* 1998; 8: 1444-1446.