



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO <sup>1</sup>/<sub>29</sub>

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

*LEIOMIOBLASTOMA UTERINO, REVISION  
DE LA BIBLIOGRAFIA Y PRESENTACION DE  
UN CASO CLINICO*

# TESIS

Que para Obtener el Post-grado en:

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

**Dr. Raúl Altamirano Argueta**

ASESOR

**Dr. Sergio Esquivel Torres**



Veracruz, Ver.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1989.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## C O N T E N I D O .

1. Generalidades del Leiomicblastoma uterino .....	pag. 1
2. Objetivos.....	pag. 4
3. Material y Métodos .....	pag. 5
4. Presentación del caso clínico .....	pag. 6
5. Comentario .....	pag. 9
6. Conclusiones .....	pag. 11
7. Referencias Bibliográficas .....	pag. 12

## GENERALIDADES:

**Leiomioblastoma uterino:** Es un tumor atípico de músculo liso que ha sido descrito bajo una variedad de designaciones separadas incluyendo: **Leiomioma Epiteloide**, **Leiomiomas de células claras**, **tumores plexiformes**, etc. (1,8,10). La primera descripción de este tumor, fue hecha por Martín y colaboradores en 1960, al hacer una revisión de seis casos, pero el que le dió el nombre de **Leiomioblastoma** fué Stout en 1962 en una gran serie de 69 casos (9), en el que este autor encontró que se le habían asignado a esta entidad 108 diagnósticos diferentes, la mayoría de estos tumores fueron considerados como malignos.

A causa de su presentación inusual, son pocos los Cirujanos y Patólogos con experiencia en estos tumores.

Su presentación más frecuente es en la pared del estómago, pero se puede presentar en todo el tracto intestinal, retroperitoneo y útero.

A nivel uterino su ocurrencia es muy rara, Levin y colaboradores en 1972 de una serie de 44 leiomioblastomas, solo seis se encontraron a nivel uterino (7).

Aunque generalmente considerados benignos, estos tumores en algunas ocasiones dan metástasis; Aunque aún los criterios histológicos para predecir su curso no han sido establecidos claramente, pero entre los que se citan están los siguientes:

- a). Índice de mitosis por 10 campos de alto poder: cinco o más mitosis por 10 CAF tienen mal pronóstico.
- b). Tamaño del tumor: por arriba de seis cm. el índice de malignidad aumenta.
- c). Infiltración de los músculos: es más maligno el tumor si los músculos están infiltrados.

- d). Invasión vascular: A mayor invasión mayor malignidad.
- e). Necrosis y atipia celular: mayor malignidad si hay necrosis microscópica y atipia celular moderada. (7)
- f). Edad de la paciente: mayor capacidad de malignidad si la edad de la paciente está por arriba de los 50 años. (7)

**Características de Benignidad:**

- a). La hialinización del estroma (7,9)\*
- b). Márgenes circunscritos.

**CARACTERISTICAS CLINICAS MAS COMUNES:**

- a). El rango de edad está entre los 30 y 70 años, con una edad media de 48 (6,7,9)\*
- b). Es más frecuente en mujeres caucásicas.
- c). La paridad varía entre uno y ocho.
- d). El síntoma principal es el sangrado genital anormal, otra sintomatología es el dolor a nivel pélvico y/o masa pélvica.

**CARACTERISTICAS PATOLOGICAS GRUEBAS DEL TUMOR:**

La mayoría no difiere significativamente desde las características del leiomioma, el color generalmente es amarillo rojizo o grisáceo, frecuentemente con hemorragia focal y áreas de necrosis, su consistencia es variable, 70% son sólidos y 30% son blandos, la mayoría tiene localización intracanal, pero se han encontrado subserosos y submucosos, es más frecuente que ocurran solos pero pueden estar acompañados de múltiples leiomiomas (1,3,4)\*

**CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:**

- a). El rango característico para la inclusión en esta categoría de tumores, es la forma redondeada o poligonal de la mayoría de sus células, en lugar de la forma alargada y terminación --

roma del músculo liso (3,10).

- b). El citoplasma es eosinófilo vacuolado o claro.
- c). El núcleo es redondo con cromatina finamente punteada y un solo nucleolo.
- d). Hay hialinización del estroma, desde pequeña y focal hasta marcada y difusa.
- e). Infiltración por leucocitos polimorfonucleares.
- f). En algunas áreas del tumor fascículos de células en huso.

#### CARACTERISTICAS CON MICROSCOPIO ELECTRONICO:

- a). La principal célula del tumor es redonda con nucleolo plegado, con un solo nucleolo prominente y ocasionalmente cuerpos nucleares.
- b). La mitocondria y el retículo endoplásmico rugoso están uniformemente distribuidos en todas partes del citoplasma, sin la tendencia de la concentración perinuclear (usualmente vista en músculo liso).
- c). La más distintiva estructura de las células tumorales, son numerosos paquetes de filamentos que están orientados longitudinalmente dentro del paquete y dispuestos en una periodicidad regular transversal de 200 Angstroms y un espesor de 125 Å.

#### TRATAMIENTO Y SUPERVIVENCIA:

El tratamiento consiste principalmente en Histerectomía total - abdominal con Salpingo ooforectomía bilateral, y de acuerdo al reporte histopatológico (sobre todo índice de mitosis por 10 - CAP), se puede dar Radioterapia, Quimioterapia u Hormonoterapia.

La supervivencia por lo general es larga, por lo que este tumor es considerado benigno.

**OBJETIVOS:**

Siendo esta patología poco frecuente, nos permitira conocer los avances que hasta el momento se han encontrado en la historia clínica de los pacientes afectados, y así dar una evaluación más completa a los casos que se nos presentan en nuestra practica clínica.

**MATERIAL Y METODOS:**

- a). Se estudió en forma retrospectiva un caso clínico de Leiomiosarcoma uterino, presentado en el Centro Médico Nacional de Veracruz en noviembre de 1987.
- b). Se revisó la bibliografía publicada sobre Leiomiosarcoma de 1960 a 1986.
- c). Se detallan las características microscópicas del caso clínico presentado.

**TRATAMIENTO ESTADISTICO:**

El método de análisis es descriptivo.

**CASO REPORTADO:**

Una paciente de 57 años de edad H.T.A., mestiza postmenopáusia, con los siguientes antecedentes Ginecobostétricos:

Menarca 13 años, ritmo 30X3, eumenorreica, nubil, sin antecedentes de metrorragias, menopausia a los 45 años.

Fué admitida en el servicio de urgencias del Centro Médico -- Nacional de Veracruz en octubre de 1987 con la siguiente sintomatología:

- Dolor opresivo en hemiabdomen inferior dos semanas previas a su ingreso.
- Distensión abdominal progresiva de dos meses previos a su internamiento
- Dificultad para la ventilación dos semanas previas a su internamiento y motivo de su ingreso.
- a la Exploración física solo llama la atención la gran distensión abdominal, con perímetro del mismo de 144 cm por líquido de ascitis, dificultando la palpación abdominal por lo que es difícil palpar visceromegalias y/o tumoraciones.

Dentro de los estudios realizados en su internamiento estan:

Biometría hemática: con Hemoglobina de 13.6, Hto. 44, CMRG 30  
 Leucocitos de 12,550 con 24 linfocitos, 5 monocitos  
 67 segmentados y tres bandas.

plaquetas, T<sup>4</sup>, y TPT normales, EGO normal, Electrolitos séricos normales, glucosa de 128 mgx 100 ml, urea de 68 y creatinina de 1.4, colesterol de 173, proteínas totales de 8.8, (albúmina 4.9 y globulina de 3.9), urocultivo negativo.

Citología cervico vaginal clase I

Gamagrama hepático normal.

Colon por enema; como dato importante solo reporta rechazamiento de asas intestinales a la izquierda.

**Ecasonograma pélvico:** como datos importantes: vejiga rechazada hacia abajo y a la izquierda, con una zona de ecogenidad mixta que no logra delimitarse por su volumen, con pequeñas zonas líquidas dentro de la maza; No se logra especificar de donde--proviene.

La paciente es sometida a Laparotomía el 30 de octubre de --1987, encontrándose como hallazgos lo siguiente:

- Tumoración quística-sólida, rompiéndose la parte quística en el acto quirúrgico con salida aproximada de 15 litros de líquido amarillo verdoso. La tumoración dependiente del cuerpo uterino de consistencia mixta de aproximadamente 10 Kg. de peso. se realizó Histerectomía total con Salpingo ooforectomía bilateral y excresis de la tumoración.

La paciente curso con un postoperatorio normal, por lo que fué dada de alta a los seis días posteriores al acto quirúrgico.

La paciente fué intervenida quirúrgicamente en Enero de 1989 por colecistitis crónica, encontrándose tumoración de 10X3X2 cm. gris oscura, de bordes irregulares, en la pared abdominal de cicatriz quirúrgica anterior. El reporte histopatológico fué - de Leiomioblastoma.

hasta la fecha ( febrero 15 de 1989) la paciente esta bien sin recibir ningún tratamiento adicional.

#### DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Pieza quirúrgica en la que se incluye útero con anexo adherido al tumor; el útero mide 9X6X4 cm. la superficie serosa es gris rosada, a nivel del fondo uterino unido al tumor, el cervix -- mide 2.5 cm de diámetro transversal, la mucosa externa es lisa y blanquecina, orificio externo central, al corte el canal endo cervical es permeable, con cavidad uterina dilatada y distor-

sionada, el endometrio gris rojizo de 0.2 cm., el miometrio --  
carnoso blanco grisáceo de 2 cm., el tumor unido al fondo ute\_  
rino mide 20X17X10 cm. , con superficie lobulada violácea con  
areas blanquecinas amarillentas, cubiertas por algunos cuáguulos  
sanguíneos, se acompaña de fragmentos de aspecto membranoso y -  
algunos fragmento de tejido adiposo; al corte el tumor esta --  
constituido por tejido blanquecino amarillento que se dispone  
formando nódulos irregulares, en algunas areas es de aspecto -  
esponjoso y mixoide.

#### CARACTERISTICAS MICROSCOPICAS:

Al microscopio de luz se observan células redondas, de cito\_--  
plasma claro y nucleo central, muy vascularizado, con algunas  
areas mixomatosas donde se ve una minoría de células fusifor--  
mes. Con 4 a 5 mitosis por 10 campos de seco fuerte.

Impresión diagnóstica: LEIOMIOBLASTOMA UTERINO.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

COMENTARIO:

Nosotros hemos descrito un caso de un tumor poco usual del útero, este tumor de gran tamaño (20X17X10) tenia componente quístico y sólido, con ruptura de la parte quística en el acto quirúrgico, surgía de un leiomioma subseroso del fondo del útero, con superficie lobulada y al corte daba un aspecto mixoide. A simple vista nosotros pensamos que se trataba de un sarcoma uterino (mucho más frecuente).

Al microscopio de luz la principal característica de este tumor fueron las células poligonales claras en la gran mayoría del tumor y con lo que se hizo el diagnóstico de Leiomioblastoma.

Su clasificación hasta la fecha ha sido difícil, y es fácilmente confundible con otros tumores como el hipernefroma o el mioblastoma de células granulares.

Otra dificultad en estos tipos de tumores es su comportamiento. Hasta la fecha no hay uniformidad en cuanto a sus características de benignidad o malignidad ( se han agrupado varias no siendo ninguna concluyente), El índice mitótico por 10 CAP parece ser el parámetro más confiable, pero aún hay controversias para fijar el No de mitosis que de deben encontrar, para la mayoría está en cinco mientras que otros la fijan en 10 como índice máximo para catalogarlo como benigno.

En nuestro caso el paciente tubo 4 a 5 mitosis por 10 campos de seco fuerte y fué catalogado como benigno, sin embargo por su tamaño tenia características de malignidad (mayor de 6 cm) un año dos meses después del diagnóstico inicial fué reintervenida por problema vesicular, encontrandose recidiva de la tumoración en el sitio de cirugía anterior de 10 cm. nosotros

pensamos que la recidiva pudo ser el resultado de pequeña tumoración dejada en la primera cirugía por dificultad técnica en el acto quirúrgico.

Hasta la fecha y a pesar del tamaño y de la recidiva nuestro manejo ha sido conservador, con revisiones frecuentes de la paciente.

En nuestra opinión creemos que estos tumores por su poca frecuencia y para dar un mejor pronóstico, se deben de tomar en conjunto las características de malignidad y de acuerdo a esto un tratamiento y seguimiento más apropiado, con una revisión periódica mínimo por cinco años en todos los casos.

## C O N C L U S I O N E S :

1. El Leiomioblastoma uterino es un tumor muy poco frecuente del útero
2. Por lo general es un tumor Benigno
3. Son facilmente confundibles con otros tumores uterinos por lo general malignos
4. Se presentan por lo general en la mujer perimenopáusica ó después de esta
5. El tratamiento Primario es la Histerectomia Total abdominal con salpingo ooforectomia bilateral
6. Se deben vigilar a las pacientes por lo menos durante los próximos cinco años posteriores al diagnóstico inicial.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Arkadi, M.R.: Clear cell leiomyoma of the uterus. *Cancer*. 17: 100-04, 1963.
2. Buscema, J., Ellen, Sue.: Epithelioid Leiomyosarcoma of the uterus. *Cancer*. 57: 1192-96, 1985.
3. Chang, V., Aikawa, M.: Uterine leiomyoblastoma: ultrastructural and cytological studies. *Cancer*. 39:1563-69, 1976.
4. Cornag, L.J. : The Ultrastructure of leiomyoblastoma. *Arch. Path.* 87: 404-10, 1969.
5. Ero, S. : Malignant Mesenchymal tumors of the uterine corpus. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 120: 452-60, 1974.
6. Kurman, J.R.: Mesenchymal tumors of the uterus, VI epithelioid smooth muscle tumors, including leiomyoblastoma and clear cell leiomyoma. *Cancer* 37: 1853-65, 1976.
7. Lavin, P., Hajau, I.S. : Gastric and extragastric leiomyoblastoma. *Cancer*. 29: 305-311. 1971.
8. Patchefsky, S.A. : Flexiform tumorlet of the uterus. *Obstetrics and Gynecology*. 35: 592-95 1969.
9. Smithwick, W.: Leiomyoblastoma: Behavior and prognosis. *Cancer*. 24: 996-1003, 1969.
10. Stout, A.F. : Bizarre smooth muscle tumors of the stomach. *cancer*. 15: 400-409, 1962.
11. William, G.G. : Smooth muscle origin of uterine plexiform tumors. *Arch. Pathol.* 87: 263-265 1974.