

Casos Clínicos

Lipoleiomioma uterino: un hallazgo inusual

Miguel Cerón T.¹, Francesca Fornazari A.^a, Víctor Rivas V.^a

¹ Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Regional de Antofagasta, Chile.

^a Alumnos, Escuela de Medicina, Universidad de Antofagasta, Chile.

RESUMEN

Los tumores lipomatosos uterinos son lesiones generalmente benignas, de patogenia incierta y muy baja incidencia. Habitualmente se presentan en mujeres posmenopáusicas y el diagnóstico preoperatorio es difícil debido a que se confunden clínicamente y ecográficamente con leiomiomas. Usualmente son asintomáticos pero pueden manifestarse con metrorragia, dolor pélvico y masa palpable. El tumor lipomatoso uterino más frecuente es el lipoma mixto cuya denominación dependerá de las proporciones de tejido adiposo y conectivo que lo constituyan. El manejo puede ser conservador o quirúrgico dependiendo del tamaño y sintomatología de la paciente. Se presenta el caso de una mujer de 50 años, con un tumor uterino diagnosticado preoperatoriamente como leiomioma y con diagnóstico histopatológico de lipoleiomioma.

PALABRAS CLAVE: *Tumor lipomatoso del útero, lipoma del útero, lipoleiomioma uterino*

SUMMARY

The uterine lipomatous tumors are usually benign lesions, of uncertain pathogenesis and very low incidence. They are often presented in postmenopausal women and the preoperative diagnosis is difficult because they are confounded clinically and sonographically with leiomyomas. They are frequently asymptomatic but may present with metrorrhagia, pelvic pain and palpable mass. The most common uterine lipomatous tumor is the mixed lipoma whose denomination depends on the proportions of fat and connective tissue. The conservative or surgical management will depend on the size of the tumor and the patient symptoms. We present a case report of a 50 year- old woman with a uterine tumor diagnosed preoperatively as leiomyoma and whose histopathological diagnosis was lipoleiomyoma.

KEY WORDS: *Uterine lipomatous tumor, uterus lipoma, uterine lipoleiomyoma*

INTRODUCCIÓN

Los tumores lipomatosos uterinos son entidades muy raras cuya incidencia se ha estimado en un 0,03 a 0,2% (1,2). Su patogénesis es aún incierta, planteándose distintas teorías tales como la extensión perivascular del tejido adiposo peritoneal y retroperitoneal y la metaplasia de células musculares lisas y del tejido conectivo, entre otras (1). Se presentan en mujeres posmenopáusicas mayo-

res de 50 años. Habitualmente son asintomáticos pero pueden presentarse con síntomas similares a los de un leiomioma tales como dolor pélvico, metrorragia y masa palpable (1-4). Histológicamente, los tumores lipomatosos uterinos se dividen en tres grupos: lipomas puros, lipomas mixtos y malignos (1,2,4-7).

Los hallazgos ecográficos pueden ser muy orientadores pero la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RNM) per-

mitirán demostrar el componente lipomatoso de la lesión (1,2,8). Se presenta un caso de tumor lipomatoso del útero registrado en el hospital regional de Antofagasta diagnosticado como lipoleiomioma y una breve revisión bibliográfica del tema.

Caso clínico

Paciente posmenopáusica de 50 años con antecedentes mórbidos de una cesárea e hipertensión arterial esencial en tratamiento farmacológico, que consultó por dolor hipogástrico y metrorragia de 2 meses de evolución. Al examen físico se pesó una masa hipogástrica de consistencia firme y tamaño similar a un embarazo de 20 semanas. El cuerpo uterino presentaba un aumento de su tamaño hasta 5 cm bajo el ombligo con cuello uterino en posición posterior. Se planteó como diagnóstico una miomatosis uterina indicándose una ecotomografía transvaginal que mostró un útero de contornos irregulares, con una imagen nodular refringente que medía 119 x 115 x 113 mm compatible con un gran mioma uterino. Se decidió realizar una histerectomía y salpingooforectomía bilateral.

El útero y los anexos pesaron 970 gramos. El cuerpo uterino medía 18 x 14 x 11,9 cm, con serosa lisa y brillante, sin lesiones macroscópicas en su superficie. Al abrir la pieza quirúrgica se constató una cavidad uterina completamente distorsionada y comprimida por un tumor intramural, ovoideo, bien delimitado, encapsulado, café amarillento, con algunas áreas de necrosis y hemorragia, de 14,7 x 13,5 x 11 cm. El tumor ocupaba la pared anterolateral y posterolateral izquierda del útero. Además, en la pared lateral derecha se identificó un leiomioma de 6 cm de eje mayor (Figura 1). Ambos ovarios y el cuello uterino no presentaban lesiones macroscópicas evidentes.

La microscopía mostró un tumor benigno de crecimiento expansivo encapsulado, constituido por adipocitos con leve variabilidad en el tamaño celular y sin atipias. Existían zonas de hemorragia e infarto en la periferia del tumor y, numerosos haces finos y grueso de células musculares lisas en el centro y periferia de éste (Figura 2). No se observaron lipoblastos, figuras mitóticas ni zonas mixoides. El estudio inmunohistoquímico con anticuerpos monoclonales contra S-100 fue positivo en los adipocitos (Figura 3), mientras que los anticuerpos contra Actina evidenciaron la presencia de células musculares lisas en la periferia y centro del tumor (Figura 4). No se observó inmunoreactividad con HMB45. Por lo tanto, el diagnóstico histopatológico fue lipoleiomioma.



Figura 1. A la derecha se observa lipoleiomioma que comprime la cavidad uterina con zonas de infarto en la periferia. A la izquierda, un leiomioma a nivel del cuerpo e istmo del útero.

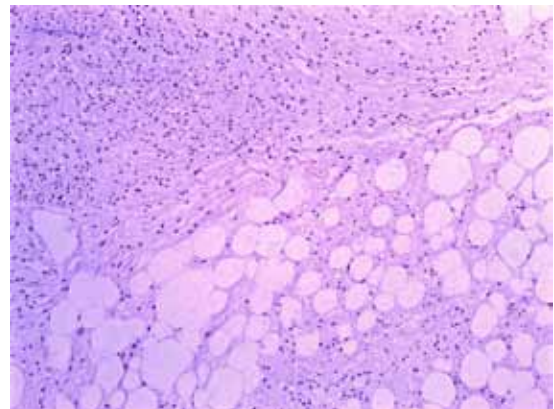


Figura 2. Microfotografía donde se observa adipocitos entre haces de fibras musculares lisas (Tinción H&E, 10x).

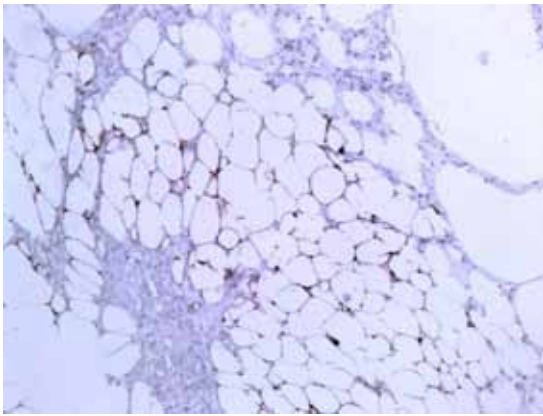


Figura 3. Tinción inmunohistoquímica con anticuerpos contra S-100 que demuestra la presencia de adipocitos (10x).

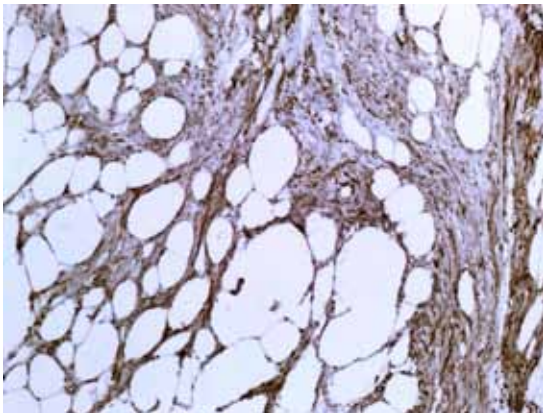


Figura 4. Tinción inmunohistoquímica con anticuerpos contra Actina que demuestra la presencia de células musculares lisas (40x).

DISCUSIÓN

Existen registros antiguos de tumores lipomatosos uterinos que datan del siglo XIX, que describen tumores adiposos del útero, en mujeres mayores de 50 años, revestidos por una membrana celular firme y atravesados por bandas fibrosas (9). Los tumores lipomatosos del útero son tumores en general benignos, raros, describiéndose una incidencia entre 0,03-0,2% (1,2). El diagnóstico preoperatorio es difícil ya que habitualmente se confunden clínicamente y ecográficamente con leiomiomas o con teratomas maduros del ovario (1,2,10).

La patogenia es aún incierta. Se han planteado numerosas teorías entre las que se mencionan la extensión perivascular del tejido adiposo peritoneal y retroperitoneal, la migración anómala de células adiposas embrionarias, la diferenciación adiposa del tejido mesenquimal o conectivo primitivo y la metaplasia adiposa de células musculares lisas y del tejido conectivo. Esta última es la más aceptada para explicar la presencia de lipoleiomiomas (1,4).

En general, los tumores lipomatosos son asintomáticos, en mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años. Sin embargo, dependiendo del tamaño tumoral podrán manifestarse síntomas similares a los de un leiomioma tales como dolor pélvico, metrorragia y masa palpable, como el caso clínico que se presenta (1,2,3,4).

Los lipomas usualmente son únicos coexistiendo frecuentemente con leiomiomas como en nuestro caso. Son tumores ovoides, bien delimitados, cuya consistencia y color variará dependiendo de las proporciones de tejido adiposo y muscular liso que presenten. En promedio alcanzan tamaños entre 5 a 10 cm, sin embargo, se han descrito casos de hasta 35 cm de eje mayor. En su mayoría se presentan en el cuerpo uterino (98%) y son intramurales (60%) (6,11). Sin embargo, pueden ser submucosos o subserosos. Raramente, se localizan en el cuello uterino (2%).

Histológicamente se clasifican en tres tipos dependiendo de la proporción de tejido conectivo, muscular liso y adiposo: lipomas puros, lipomas mixtos y un grupo extremadamente raro, los liposarcomas (1,2,4-7). Los lipomas más frecuentes son los de tipo mixto hallándose lipoleiomiomas, fibrolipomas y angiomiolipomas. Los lipomas puros son muy raros y clásicamente se han descritos constituidos exclusivamente por adipocitos con escasas células musculares lisas que están confinadas a la periferia del tumor. Respecto de los liposarcomas, se han descrito sólo unos pocos casos en la literatura, y a diferencia de los tumores de partes blandas, el liposarcoma uterino más frecuente es la variante mixoidea/células redondas seguida de la variante pleomórfica (7). El estudio inmunohistoquímico muestra positividad de las células adiposas a los anticuerpos contra la proteína S-100 y Vimentina, mientras que el componente muscular liso es positivo a Actina y Desmina (6,12).

Los estudios de imagen juegan un rol importante en determinar la naturaleza del tumor. La ultrasonografía muestra una lesión ecogénica, homogénea, bien definida, rodeada parcialmente por un borde hipocóico que correspondería al miometrio, pero en general, los hallazgos no son específicos para el diagnóstico de lipoma. La TAC y la RNM son los métodos de imagen más útiles ya que pueden determinar la composición del tumor y confirmar la presencia de tejido adiposo, pudiendo diferenciar entre leiomioma, lipoma y lipoleiomioma.

El diagnóstico diferencial se plantea con otras lesiones pélvicas que estén constituidas por tejido adiposo como teratomas ováricos quísticos benignos o malignos, tumores lipomatosos ováricos no teratomas, lipomas pélvicos benignos, liposarcomas, entre otros (8).

Debido a que la gran mayoría de las pacientes son asintomáticas y considerando que son tumores benignos, muchos autores plantean un manejo conservador con seguimiento clínico e imagenológico en aquellos casos en que se logra precisar la naturaleza adiposa de estos tumores. Sin embargo, el tratamiento de elección en pacientes sintomáticas es la cirugía (1,2,5,8,11).

CONCLUSIÓN

Los tumores lipomatosos uterinos son lesiones raras que deben considerarse en el diagnóstico diferencial de tumores uterinos en mujeres posmenopáusicas y asintomáticas. El diagnóstico generalmente se realiza en el post operatorio con el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica, ya que clínicamente y ecográficamente suelen confundirse con leiomiomas. Sin embargo, la TAC y la RNM, realizada preoperatoriamente, podrían confirmar la naturaleza adiposa del tumor lo que podría incidir en el manejo de la paciente.

REFERENCIAS

1. Chu CY, Tang YK, Chan TS, Wan YH, Fung KH. Diagnostic challenge of lipomatous uterine tumors in three patients. *World J Radiol* 2012;4:58-62.
2. Wijesuriya SM, Gandhi S. A pure uterine lipoma: a rare, benign entity. *BMJ Case Rep* 2011; pii: bcr0720114425.
3. Bandopadhyay A, Ray S, Bera P, Gangopadhyay M, Chakrabarti I, Dey B. Calcified pure uterine lipoma mimicking myoma. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2010;11:113-4.
4. Pounder D. Fatty tumours of the uterus. *J Clin Pathol* 1982;35:1380-3.
5. El Amine El Hadj O, Bouraoui S, Ben Fadhel CG, Lahmar A, Mzabi-Regaya S. Lipoma of the uterus: clinical and ethiopathological approach of 7 cases with immunohistochemical study of histogenesis. *Tunis Med* 2010;88:916-9.
6. Vamseedhar A, Shivalingappa DB, Suresh DR, Geetha RL. Primary pure uterine lipoma: A rare case report with review of literature. *Indian J Cancer* 2011;48:385-7.
7. McDonald AG, Dal Cin P, Ganguly A, Campbell S, Imai Y, Rosenberg AE, Oliva E. Liposarcoma arising in uterine lipoleiomyoma: a report of 3 cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol* 2011;35:221-7.
8. Ghosh B, Mckeown B, Gumma A. Lipoleiomyoma. *BMJ Case Rep* 2011; pii: bcr0820114577.
9. Williamson H, Brockman RS. A report upon two specimens showing: (1) A Fibro-myo-lipoma of the Uterus; (2) Extensive Fatty Degeneration of a Uterine Fibromyoma. *Proc R Soc Med.* 1920; 13 (Obstet Gynaecol Sect):136-42.
10. Wahal SP, Mardi K. Lipoleiomyoma of uterus and lipoma of broad ligament-a rare entity. *J Can Res Ther* 2014;10:434-6.
11. Wang X, Kumar D, Seidman JD. Uterine lipoleiomyomas: a clinicopathologic study of 50 cases. *Int J Gynecol Pathol* 2006;25:239-42.
12. Resta L, Maiorano E, Piscitelli D, Botticella MA. Lipomatous tumors of the uterus. Clinico-pathological features of 10 cases with immunocytochemical study of histogenesis. *Pathol Res Pract* 1994;190:378-83.