



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas científicas

Leiomioma gigante uterino de rápido crecimiento

A rapid growing giant uterine leiomyoma

La evaluación clínica de una masa abdominal de rápido crecimiento con frecuencia es difícil para el cirujano, puesto que la etiología y el diagnóstico diferencial son de una gran diversidad. La tumoración abdominopelviana puede ser de origen ginecológico, urinario, intestinal o retroperitoneal, entre otros¹. En algunas ocasiones, la exploración clínica discrepa del resultado de las pruebas complementarias de imagen, y sólo la cirugía y el estudio anatomopatológico ofrecen el diagnóstico definitivo².

Mujer de 27 años con antecedentes de migraña y colecistectomía laparoscópica 6 meses antes, que consultó por estreñimiento de 20 días de evolución, sin clínica abdominal asociada. En la exploración se observó una masa de gran tamaño y consistencia firme, de aproximadamente 20 cm, no dolorosa. En la analítica destacaban: CA 19.9, 75,89 U/ml; TSH, 0,01; T4 libre, 1,36. El test de embarazo fue negativo. La tomografía computarizada (TC) abdominal reveló una gran masa sólida muy vascularizada desde borde inferior del hígado hasta pelvis, desplazando útero hacia la derecha, asas intestinales cranealmente y comprimiendo vejiga, sin signos de obstrucción intestinal. En la resonancia magnética (RM) se identificó gran tumoración de 18 × 17 × 22 cm, de límites bien definidos, que ocupa hemiabdomen inferior y pelvis, con una zona de contacto mal definida con la cara anterior del útero (fig. 1 A y B). La combinación de gran tamaño, intensa vascularización y falta de planos grasos entre la masa y las estructuras abdominales adyacentes hacía sospechar un proceso maligno, tipo leiomiomasarcoma, por lo que se propuso cirugía.

En la laparotomía se objetivó una gran tumoración sólida adherida a útero y vejiga, dependiente de útero (fig. 1C). Ambos anejos eran de características normales. La biopsia intraoperatoria reveló células sin mitosis ni atipia. Se practicó la resección de la tumoración sin histerectomía. El informe anatomopatológico describió una tumoración de 1.912 g y 26 × 11 × 20 cm, con proliferación mesenquimal y de fibras de músculo liso, separadas por estroma fibrovascular, con < 2 mitosis/10 campos de gran aumento compatible con el diagnóstico de leiomioma uterino. El estudio inmunohistoquímico mostró un Ki-67 < 5% y perfil fenotípico con expresión

de caldesmon y receptores de estrógenos y progesterona. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

El leiomioma es el tumor mesenquimal benigno más frecuente del útero, presentándose en un 20-30% de las mujeres mayores de 30 años³⁻⁵. Los leiomiomas de gran tamaño y rápido crecimiento son tumores poco frecuentes, descritos como casos aislados en la literatura, por lo que se desconoce su incidencia exacta. A pesar de su crecimiento agresivo, se los considera tumores benignos. El probable mecanismo del rápido crecimiento es la hiperrespuesta a estrógenos y progesterona. Se ha observado un incremento en la velocidad de crecimiento y en el tamaño de estos tumores en mujeres en estado de anovulación e hiperestrogenismo, como en el consumo de anticonceptivos orales o la gestación^{5,6}.

Los síntomas más frecuentes en este tipo de leiomiomas son el resultado de su rápido y gran crecimiento, que produce un efecto masa en las estructuras vecinas^{6,7}. Dicha compresión puede ocasionar dificultad respiratoria, que dificulta el manejo operatorio, así como dilatación bilateral del sistema renal e hidronefrosis secundaria y mayor riesgo de sangrado que el resto de los leiomiomas. Presenta una mayor probabilidad de torsión del pedículo vascular, lo que supone una urgencia quirúrgica. La eritrocitosis miomatosa es un síndrome poliglobúlico muy raro que en ocasiones se asocia a los leiomiomas de gran tamaño y se resuelve tras la extirpación del tumor.

El dato más destacado en nuestra paciente fue su rápido crecimiento en 6 meses, ya que en la exploración laparoscópica que se realizó durante la colecistectomía no se objetivó masa abdominal alguna. La rapidez del crecimiento debería alertar sobre la posibilidad de un leiomiomasarcoma, tumores agresivos que metastatizan tempranamente a los pulmones y el hígado. Se diferencian de los leiomiomas por los criterios de Stanford: índice mitótico > 10, atipia celular y necrosis coagulativa. Otros datos histológicos son la presencia de bordes infiltrativos y la hiper celularidad². Los leiomiomas crecen típicamente de manera rápida, similar a una neoplasia maligna tradicional, pero debido a su baja incidencia el diagnóstico más probable de una masa uterina de rápido crecimiento es un leiomioma^{2,6}.

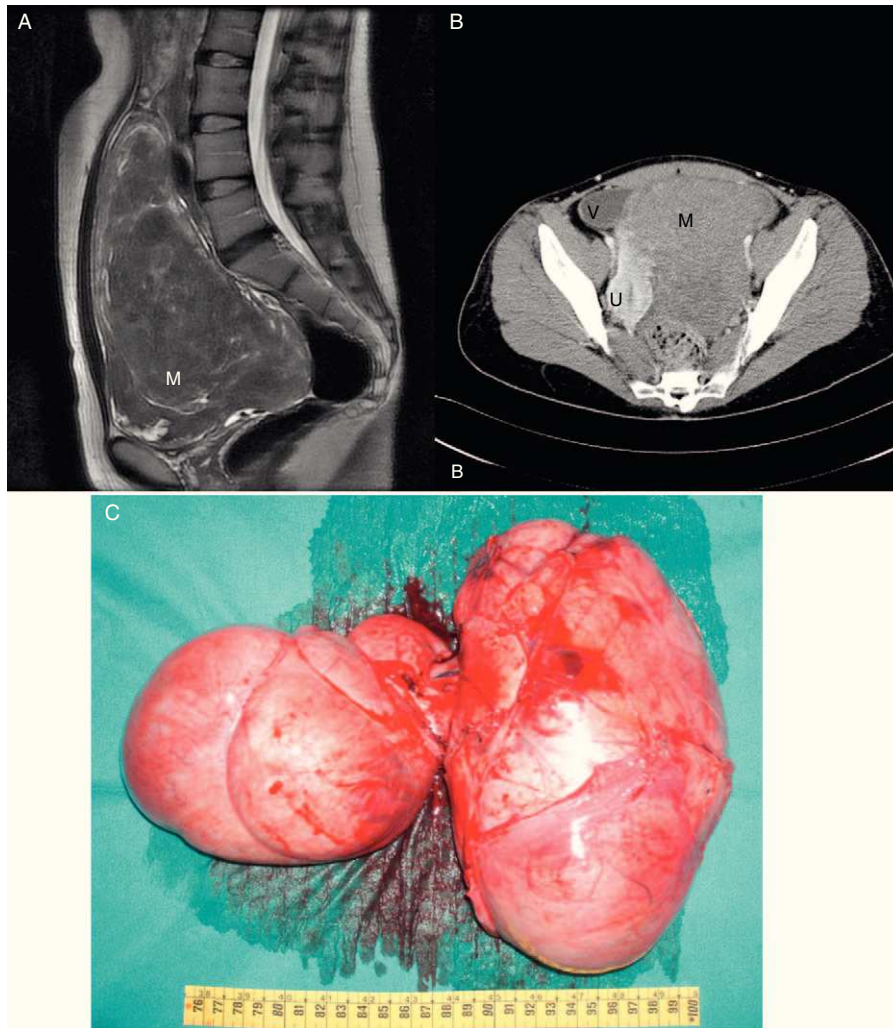


Figura 1 – A: corte sagital de resonancia magnética que muestra gran masa abdominal. B: tomografía computarizada que muestra una masa gigante (M) que desplaza útero (U) y vejiga (V). C: imagen macroscópica de la tumoración abdominal de bordes bien definidos de 26 cm de diámetro y multilobulada.

Respecto al diagnóstico con pruebas de imagen, la ecografía sólo es capaz de mostrar las partes más superficiales de la masa. La TC abdominal es la prueba más sensible para el diagnóstico y la estadificación de este tumor⁵. No obstante, la RM tiene una especificidad del 98% y, al igual que los leiomiomas convencionales, se muestran hipointensos en T2 e isointensos en T1. Los hallazgos radiológicos, donde se muestra compresión y no invasión de órganos vecinos, junto con la ausencia de síntomas, orientan hacia una tumoración benigna. No obstante, el diagnóstico de certeza sólo se consigue mediante estudio anatomopatológico. El caldesmón es una proteína de unión de la calmodulina y actina específica del tejido muscular liso que prolifera en estos tumores⁸. La existencia de receptores estrogénicos y progestágenos nos indica el posible origen uterino de la masa y explica el rápido crecimiento de esta.

El tratamiento de los leiomiomas de gran tamaño y rápido crecimiento es la cirugía con resección completa del tumor mediante histerectomía. Actualmente se está empleando la embolización arterial para reducir su tamaño y disminuir el riesgo de sangrado intraoperatorio o perioperatorio^{9,10}. En nuestra paciente, y debido al tamaño de la masa, se precisó

cirugía para conocer con certeza el diagnóstico y excluir malignidad. La presencia de un tumor extrauterino pedunculado en una mujer joven con deseo de conservar la función genésica permitiría realizar tratamiento quirúrgico conservador mediante exéresis de la masa.

En conclusión, la valoración y el diagnóstico correcto de las masas pelvianas requieren conocer todas las posibles causas de diagnóstico diferencial. A pesar de todo, en muchas ocasiones es preciso llegar a la laparotomía para conseguir el diagnóstico definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hiroki T, Masaaki M, Isao K, Kaoru A, Yutaka T, Masataka S, et al. A case of intra abdominal desmoid tumor growing rapidly after delivery. *Surgery*. 2003;65:860-3.
2. Yoshida C, Ichimura T, Kawamura N, Nakano A, Kasai M, Sumi T, et al. A scoring system for histopathologic and immunohistochemical evaluations of uterine leiomyosarcomas. *Oncol Rep*. 2009;22:725-31.

3. Toledo G, Oliva E. Smooth muscle tumors of the uterus: a practical approach. *Arch Pathol Lab Med.* 2008;132:595-605.
4. Athina S, Anastasia O, Krasimira D, Panos P. Pedunculated uterine leiomyoma mimicking abdominal mass: a case report. *Cases J.* 2008;1:315.
5. Murase E, Siegelman ES, Outwater EK, Perez-Jaffe LA, Tureck RW. Uterine leiomyomas: histopathologic features, MR imaging findings, differential diagnosis, and treatment. *Radiographics.* 1999;19:1179-97.
6. Marta P, José MR. Large abdominal mass due to a giant uterine leiomyoma. *Mayo Clin Proc.* 2006;81:1415.
7. Semczuk A, Skorupski P, Olcha P, Skomra D, Rechberger T, Gogacz M. Giant uterine leiomyomas causing bilateral hydronephrosis coexisting with endometrial cancer in polyp: a case study. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2009;30:344-6.
8. Nucci MR, O'Connell JT, Huettnner PC, Cvikov A, Sun D, Quade BJ. h-Caldesmon expression effectively distinguishes endometrial stromal tumors from uterine smooth muscle tumors. *Am J Surg Pathol.* 2001;25:455-63.
9. Bradley LD. Uterine fibroid embolization: a viable alternative to hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201:127-35.
10. Razavi MK, Hwang G, Jahed A, Modanloo S, Chen B. Abdominal myomectomy versus uterine fibroid embolization in the treatment of symptomatic uterine leiomyomas. *Am J Roentgenol.* 2003;180:1571-5.

Guillermo José Fernández*, Elena Martín-Pérez, Sergio Salido, Iñigo García y Eduardo Larrañaga

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: guillercgd@gmail.com (G.J. Fernández).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.05.025

Hemorragia suprarrenal bilateral en el postoperatorio de una duodenopancreatectomía cefálica

Bilateral adrenal haemorrhage after cephalic duodenopancreatectomy

La hemorragia suprarrenal es una complicación poco frecuente que puede comprometer la supervivencia del enfermo. Las manifestaciones clínicas suelen ser imperceptibles y atribuidas a otros problemas postoperatorios, por lo que se hace difícil llegar a su diagnóstico, si bien una detección precoz, hace que pueda ser tratada satisfactoriamente.

Paciente varón de 70 años, fumador, exenólico, diagnosticado de silicosis, intervenido por dolencia gástrica benigna, y portador de pancreatitis crónica con insuficiencia exocrina en tratamiento sustitutivo. Fue remitido por ictericia y dolor en hipocondrio derecho. La analítica mostraba hiperbilirrubinemia con CA 19,9 elevado. En la exploración física se palpaba vesícula biliar distendida. La ecografía abdominal reveló una dilatación de la vía biliar intra y extrahepática visualizando a nivel de cabeza pancreática una imagen hipoeoica con calcificaciones, mientras que el TAC mostró una imagen compatible con colangiocarcinoma a nivel de colédoco intrapancreático. Fue intervenido practicándose una duodenopancreatectomía cefálica. El examen histológico dictaminó la presencia de adenocarcinoma pancreático con estadificación T3N0Mx y márgenes de resección libres. El curso inicial fue satisfactorio pero al cuarto día apareció fiebre sin foco aparente y letargia, junto con hipotensión progresiva refractaria al volumen, hiponatremia e hipoglucemia. Con la sospecha de insuficiencia suprarrenal se inició tratamiento con hidrocortisona endovenosa 100 mg/8 h, asistiendo a una

recuperación de la tensión arterial, de la natremia y la glucemia. El TAC abdominal mostró glándulas suprarrenales redondeadas y levemente hiperdensas sugestivas de hemorragia en ambas suprarrenales (fig. 1), que eran normales en el TAC preoperatorio (fig. 2). Horas después de instaurado el tratamiento se determinó cortisol basal, (26,01 nmol/l), compatible con insuficiencia suprarrenal, así como anti-coagulante lúpico y anticardiolipina que fueron negativos. El paciente presentó una buena evolución posterior pasando a corticoterapia oral con hidroaltesona 20 mg/12 h.

Aunque la mortalidad de la duodenopancreatectomía cefálica es inferior al 5% en las mejores series, la morbilidad continúa alrededor de un 50%, especialmente relacionada con aspectos técnicos, pero también con complicaciones generales entre las que figuraría la hemorragia suprarrenal¹.

La hemorragia suprarrenal descrita por primera vez por Canton en 1863², una entidad mortal sin un tratamiento adecuado, clásicamente asociada a la sepsis por meningococo (síndrome de Waterhouse Friderichen), suele ser de curso insidioso y clínica poco específica especialmente difícil de interpretar en el curso de un postoperatorio abdominal³.

En la literatura inglesa se recogen poco más de 500 casos y la mayoría se diagnostican en las necropsias⁶, con una incidencia del 0,14 al 25%. Con el uso de las modernas técnicas de imagen se ha incrementado dicho diagnóstico hasta el 1,5-5% entre pacientes hospitalizados⁴.