

METÁSTASIS ESPLÉNICA DE UN LEIOMIOSARCOMA.

Ojeda F, Carrero V, Merinero MD, Herrera M, García-Vila L, Martínez-Morón V, López-Salvá A. Área de Ginecología y Obstetricia. Fundación Hospital Alcorcón. (Madrid) fojeda@fhalcorcon.es

Introducción.

El leiomioma uterino es el tumor de estirpe sarcomatosa más frecuente en el útero (1), se caracteriza por la agresividad metastásica que desarrolla. En un 50% de casos recidiva y al menos en el 50% de los casos esta metástasis se origina fuera de la pelvis, esta eventualidad tiene lugar en el 72 % de casos antes de los 2 años (2,3). En estadio I la diseminación extrauterina se observa en el 39 % de casos y los lugares más frecuentes son peritoneo y epiplón, pulmones, ganglios linfáticos pélvicos y paraórticos e hígado (4,5). Presentamos un caso con especial agresividad que presenta metástasis pulmonares y una gran metástasis en hilio esplénico todas ellas susceptibles de tratamiento quirúrgico, una de las grandes limitaciones en el control de esta enfermedad.

Caso Clínico:

Paciente de 37 años de edad, sin antecedentes médico quirúrgicos de interés. Menarquia a los 14 a, ciclos regulares con dismenorrea. Paridad: 2.0.0.2, que consulto por dolor a nivel de fosa iliaca izquierda irradiada a región periumbilical, sin otra sintomatología acompañante.

La exploración abdominal y ginecológica no demostró hallazgos significativos.

La ecografía demostró la existencia de una imagen de 81-72 mm. con tractos hiperecogénicos en su interior compatible con mioma uterino. El resto de exploración fue normal.

La paciente decidió control clínico y a los seis meses se observó un gran crecimiento del mioma uterino por lo que se indicó la conveniencia de cirugía que se practicó por vía vaginal dado el gran tamaño del mioma. La anatomía patológica informo de un leiomioma moderadamente diferenciado, presencia de infiltración vascular.

Se practico cirugía completa en Julio de 2001 con linfadenectomía pélvica y paraórtica para estadificación, tanto los ovarios, biopsias, lavado peritoneal y los 27 ganglios obtenidos fueron compatibles con ausencia de tumor.

Los controles sucesivos mediante analítica, TAC y radiología de tórax fueron normales hasta que en diciembre de 2003 se detecta en una TAC de rutina la presencia de varios nódulos pulmonares bien definidos por lo que se remite a cirugía torácica donde se le practica cirugía exéretica de las lesiones de un pulmón dejando pendiente la exéresis de la lesión del

otro pulmón. En marzo de 2004 en el TAC de control postcirugía realizada dos semanas antes se le detecta la existencia de una masa de 6 cm. sólida-necrótica en el hilio esplénico sugestiva de metástasis (figura 1)

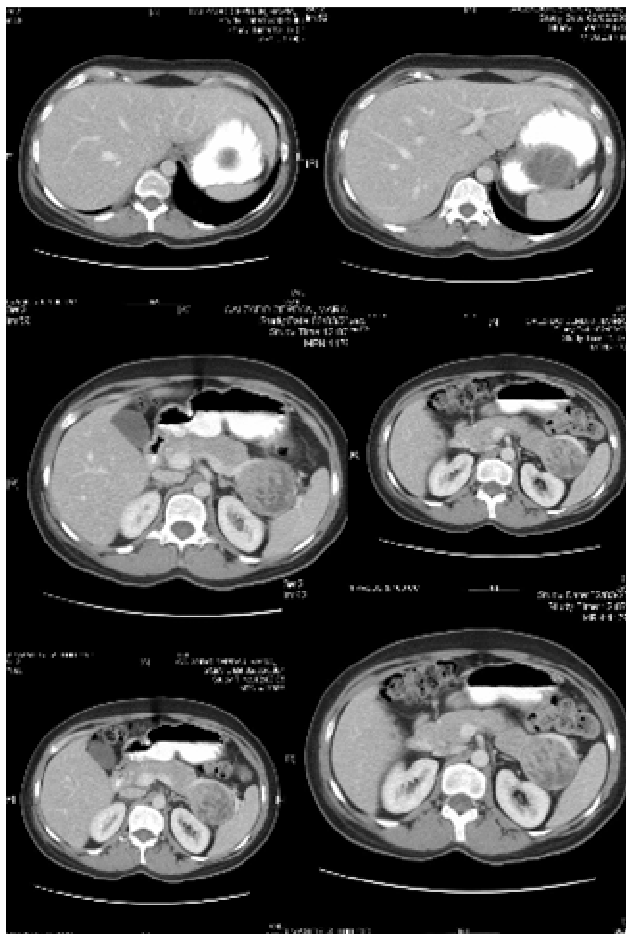


Figura 1. Imágenes de la TAC. Metástasis en hilio esplénico.

Se practica laparotomía media observando la existencia en la transcavidad de los epiplones de una lesión de 8-10 cm blanda y de aspecto necrótico-vascular que engloba el hilio esplénico y se fija fuertemente a bazo, cola de páncreas y cara posterior de estomago, que sangra fácilmente. El resto de la cavidad no presenta lesiones aparentes. Se practica la exéresis (figura 2) y la patología informa de leiomiosarcoma. El postoperatorio curso normalmente a pesar de la agresividad quirúrgica de la cirugía practicada.

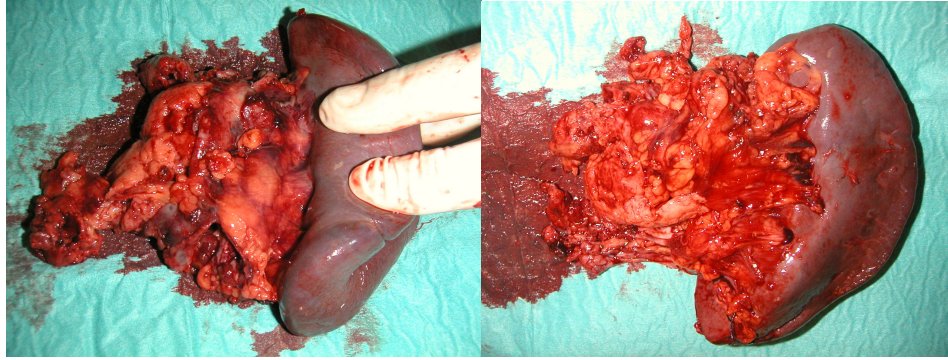


Figura 2. Pieza quirúrgica: se observa el tejido mestastásico que ocupa el hilio esplénico.

Actualmente la paciente esta pendiente de cirugía torácica para la resección de la metástasis pulmonar restante.

Discusión:

La evolución del leiomasarcoma suele ser tórpida hasta el fallecimiento de la paciente por la imposibilidad de resección de las metástasis o por la toxicidad tumoral. La cirugía reglada de estadificación es obligada para definir el estadio de la paciente, aunque en ocasiones a pesar de estatificar correctamente la aparición de metástasis o recidiva loco-regional ensombrece el pronóstico (1, 6, 7).

Las metástasis pulmonares normalmente siguen en su evolución, incluso al cabo de muchos años, al sarcoma uterino aunque se han descrito casos en que estas anteceden al descubrimiento del tumor primario (8,9). En algunos casos la quimioterapia puede conseguir el control de las metástasis (10), la radioterapia no suele ser eficaz, siendo la cirugía la base del tratamiento tanto en el tumor primario como en su recidiva loco-regional o a distancia (11).

Otro lugar poco común es el sistema nervioso central donde se han descrito metástasis de especial gravedad (12).

En nuestro caso la metástasis única intrabdominal estaba localizada en el hilio esplénico, una zona infrecuente, ya hemos visto en la introducción que los lugares más frecuentes intraabdominales son el peritoneo, epiplón y ganglios (5).

Conclusión:

La mala evolución de las pacientes con metástasis de leiomiomasarcoma ensombrece el pronóstico incluso en los estadios más iniciales de la enfermedad por lo que deben ser tributarias de un seguimiento clínico, analítico y de imagen exhaustivo para intentar demostrar las metástasis lo antes posible y poder intentar su erradicación quirúrgica o mediante quimioterapia en los pocos casos en que es sensible.

Referencias

1. Gonzalez-Bosquet E, Martinez-Palones JM, Gonzalez-Bosquet J, Garcia Jimenez A, Xercavins J. Uterine sarcoma: a clinicopathological study of 93 cases. *Eur J Gynaecol Oncol* 1997;18(3):192-5.
2. Vongtama V, Karlen JR, Piver MS, Tsukuda Y, Moore RH. Treatment results and prognostic factors in stage I and II sarcomas of the corpus uteri. *Am J Roentgenol* 1976;126:139-145.
3. Salazar OM, Bonfiglio TA, Patten SF, Keller BE, Feldstein ML, Dunne ME, Rudolph JH. Uterine sarcomas: analysis of failures with special emphasis on the use of adjuvant radiation therapy. *cancer* 1978;42:1161-70.
4. Podczaski ES, Woomert CA, Stevens CW Jr, Maneta A, Larson JE, Zaino RJ, Tortel R. management of malignant mixed mesodermal tumors of the uterus. *Gynecol Oncol* 1989;32:240-44.
5. Rose PG, Pive MS, Tsukada Y, Lau P. Pattern of metastasis in uterine sarcoma: an autopsy study. *Cancer* 1989;63:935-938.
6. Ayhan A, Tuncer ZS, Tanir M, Yuces K, Ayhan A. Uterine sarcoma: the Hacettepe hospital experience of 88 consecutive patients. *Eur J Gynaecol Oncol* 1997;18(2):146-8.
7. Monk BJ, Solh S, Johnson MT, Montz FJ. Radical hysterectomy after pelvic irradiation in patients with high risk cervical cancer or uterine sarcoma: morbidity and outcome. *Eur J Gynaecol Oncol* 1993;14(6):506-11.
8. Inayama Y, Shoji A, Odagiri S, Hirahara F, Ito T, Kawano N, Nakatani Y. Detection of pulmonary metastasis of low-grade endometrial stromal sarcoma 25 years after hysterectomy. *Pathol Research & Practice* 2000;196(2):129-34.
9. Staub E, Ranty ML, Genevois A, Debled M, Marpeau L, Peillon C, Nouvet G, Thiberville L. Low grade pulmonary sarcoma preceding the discovery of a uterine primary. (French) *Rev Maladies respiratoires* 2003; 20 (3 Pt 1):437-41.
10. Shamseddine A, Taher A, Abou-Mourad Y, Seoud M, Khalil A. Cure of metastatic uterine carcinosarcoma to lung: a case report. *Int. J Gynecol Cancer* 2003; 13(1):89-9.
11. Viereck V, Huschmand N, Pauer HU, Emons G, Krauss T. Diagnosis and therapy of uterine sarcoma (German) *Zentralblatt Gynakol* 2002; 124(11):506-10.
12. Cormio G, Colamaria A, Di Vagno G, Pierangeli E, Valiati G, Selvaggi L. Central Nervous system involvement secondary to metastatic mixed müllerian tumor of the uterus. *Gynecol Obstet Invest* 1997;44(3):214-6.