

AUTORES: Velastegui Calderón, KV; Aroca Madrid, ML; Gómez Melero, R; Montoya Martínez, C; García Ré, ME; López Vázquez, C; Albarracín Navarro, JL.

Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca

Caso clínico

Mujer de 38 años, remitida a CEX de ginecología para valoración de masa abdominal. Refiere notársela desde hace 2 años. Acudió a urgencias en dos ocasiones por dolor abdominal intenso. Eumenorreica. Nació en Ghana. Sin antecedentes de interés. FO: G0.

Exploración: Útero aumentado de tamaño, hasta dos traveses de dedo por encima del ombligo, poco móvil. Douglas libre. A nivel de FII se palpa una segunda masa de menor tamaño. También se evidencia un nódulo sólido de la pared abdominal de 5x2,7 cm.

Pruebas complementarias:

-Eco Abdominal: a nivel centro abdominal se ve una gran masa sólida de 154x84x170 mm, no homogénea, de bordes regulares y

definidos, de aparente etiología ginecológica. A la izquierda de la masa descrita, se evidencia una formación quística multiseptada de 88x34 mm. Resto normal.

-Eco ginecológica (Abdominal y vaginal): gran útero miomatoso.

-RMN abdomino-pélvica: lesión fúndica uterina de 15x10x14 cm así como 2 lesiones subcutáneas. Si bien la primera puede corresponder a un mioma, la multiplicidad sugiere sarcoma uterino con metástasis subcutáneas.

-Resultado de BAG: neoplasia mesenquimal de bajo grado.

Se deriva a Oncología ginecológica del hospital de referencia.

La paciente inicialmente rechaza la intervención quirúrgica por su deseo genésico, a pesar de explicarle el diagnóstico y el pronóstico. Tras meditarlo unos días, acaba aceptando la intervención.

Se realizó una **HTA total + DA + exéresis de nódulo subcutáneo, adenopatías pélvicas y epiploicas, y ligamento redondo hepático**.

Resultado AP: Leiomiomas uterinos y a nivel subcutáneo. Probable endometriosis ovárica izquierda, con salpingitis e hidrosalpinx leve. Probable endometriosis a nivel cervical.

Tuvo un postoperatorio tórpido. Dada de alta a los doce días de la intervención.

Conclusiones

- La probabilidad de encontrar un sarcoma en mujeres con una masa intrauterina, algunas de las cuales tienen FR (uso prolongado de TMX >5ª y radiación pélvica), es de aprox. 0.05 a 0.28 %. Las mujeres negras tienen aprox. dos veces más incidencia de leiomiomas que las blancas.
- Las manifestaciones clínicas no son útiles para distinguir entre leiomiomas y sarcomas uterinos. No se ha demostrado que el tamaño uterino grande (> 20 sg) esté asociado con > riesgo de sarcoma uterino.
- No existe una prueba de imagen que pueda diferenciar entre leiomiomas benignos y sarcomas uterinos. La RM con contraste puede ser útil en mujeres en las que existe sospecha de sarcoma; sin embargo, no proporciona un diagnóstico definitivo.

Bibliografía

1. Memarzadeh, S., Berek, J. (2019). Uterine sarcoma: Classification, epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. Recuperado el 18 de febrero de 2020, de https://www.uptodate.com/contents/uterine-sarcoma-classification-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=sarcoma%20uterino&source=search_result&selectedTitle=1~61&usage_type=default&display_rank=1
2. Stewart, E. (2018). Uterine fibroids (leiomyomas): Differentiating fibroids from uterine sarcomas. Recuperado el 18 de febrero de 2020, de https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-differentiating-fibroids-from-uterine-sarcomas?search=sarcoma%20uterino&source=search_result&selectedTitle=3~61&usage_type=default&display_rank=3
3. Hensley, M., Leitao, M. (2019). Treatment and prognosis of uterine leiomyosarcoma. Recuperado el 19 de febrero de 2020, de https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prognosis-of-uterine-leiomyosarcoma?search=tratamiento%20de%20sarcoma%20uterino&source=search_result&selectedTitle=2~61&usage_type=default&display_rank=2