

## Leiomioma ovárico con endometriosis contralateral

C. Rodríguez-Pereira, J. Varela-Durán\*, A. López-Roca\*\*, A. Novo\*\* y J. Forteza\*

*Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General de Castellón; Servicios de \*Anatomía Patológica y \*\*Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.*

**E**l leiomioma ovárico es un tumor poco frecuente. Predomina en postmenopáusicas, aunque puede aparecer a cualquier edad. A veces se asocia a leiomiomas uterinos. No se conoce con precisión su histogénesis. Es necesario realizar diagnóstico diferencial con su equivalente maligno, el leiomiosarcoma, y con el fibrotecoma. Los estudios inmunohistoquímicos y ultraestructurales, en cuanto que demuestran su naturaleza de músculo liso, son útiles para el diagnóstico.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 51 años, grávida 1, para 1, que sufría menorragias desde hacía cinco años. El legrado mostró un endometrio proliferativo. En el estudio ecográfico se descubrió un ovario izquierdo agrandado, de aspecto sólido, de 5 x 4 x 3 cm. La paciente fue intervenida, realizándose biopsia intraoperatoria, que se informó de fibrotecoma. Se practicó histerectomía total con doble anexectomía.

El ovario izquierdo estaba enteramente ocupado por un tumor pseudoencapsulado, de patrón fasciculado, homogéneo, blancoamarillento y de consistencia elástica (Fig. 1). El ovario derecho presentaba pequeños quistes hemorrágicos.

El tumor ovárico izquierdo consistía en fascículos de células fusiformes, a veces dispuestas en un patrón arremolinado (Fig. 2). Los núcleos eran alargados, normocromáticos, con halos perinucleares. No había atipia ni figuras de mitosis. La tinción para grasa (Oil Red O) fue negativa. El estudio inmunohistoquímico demostró una intensa positividad para vimentina, actina de músculo liso y desmina, y focalmente para actina HHF-35. En el estudio ultraestructural se observó un componente muscular liso prominente con miofilamentos y ocasionales placas densas, mitocondrias y cavéolas. Se hizo el diagnóstico de leiomioma ovárico.



Figura 1. Tumor pseudoencapsulado, de patrón arremolinado y apariencia homogénea.

El ovario derecho mostraba signos histológicos de endometriosis. El útero no presentaba alteraciones. La paciente se encuentra libre de síntomas y sin lesiones tras dos años de seguimiento.

## DISCUSIÓN

Los leiomiomas ováricos son raros, no habiéndose publicado hasta la fecha más de 50 casos. Quizá su pequeño tamaño hace que se infradiagnostiquen –la mayoría de los casos corresponden a hallazgos incidentales–, y su inci-



Figura 2. Tumoración compuesta por fascículos de células fusiformes. En las proximidades se observa un *corpus albicans* (HE, original x20).

dencia real podría ser mayor. Fue descrito por Sangalli en 1862 [citado por Kleitsman (1)]. Es más propio de perimenopáusicas, y el pico de edad se sitúa en los 50 años.

Clínicamente suelen ser asintomáticos, aunque a veces debutan con masa pélvica y dolor abdominal y pueden ocasionar metrorragias cuando se asocian a leiomiomas uterinos. También se han descrito en relación con cistadenomas mucinosos, ascitis e hidrotórax, teratomas quísticos benignos y endometriosis. El tamaño medio está alrededor de los 3 cm. Sólo se conoce un caso de bilateralidad. Macroscópicamente son tumores sólidos, bien delimitados, de color blanco o amarillo claro, con aspecto fasciculado. Su histología es la de cualquier leiomioma. Inmunohistoquímicamente son positivos para vimentina, actina de músculo liso y desmina. El diagnóstico diferencial incluye el fibrotecoma y el leiomiosarcoma. El primero se distingue del leiomioma por su positividad para tinciones de grasa (Oil Red O) y su negatividad para desmina. El número de mitosis es el factor clave para diferenciarlo del leiomiosarcoma (más de 4 mitosis por 10 campos de gran aumento) (2) y del "leiomioma mitóticamente activo", que presenta más de 4 mitosis por 10 campos de gran aumento pero que no recurre ni metastatiza (3).

Su histogénesis aún es motivo de discusión: las células musculares lisas pueden proceder de venas, células germinales indiferenciadas, teca externa y estroma cortical, restos wolffianos, ligamentos pélvicos, endometriosis e, incluso, de otros tumores ováricos (tumor de Brenner y cistadenomas mucinosos). Las hipótesis más aceptadas hoy día sitúan el origen de estas células en los vasos del hilio (4) o en células similares al músculo liso del estroma (5). Refuerza esta última hipótesis la intensa positividad para desmina que en ocasiones se observa en las células del estroma ovárico normal.

Fallahzadeh y cols. (6) describieron los dos primeros leiomiomas ováricos acompañados de endometriosis: leiomioma y endometriosis ipsilateral en un caso, y leiomioma unilateral y endometriosis bilateral en el otro. El nuestro es el primer caso descrito de leiomioma ovárico con endometriosis contralateral. El tratamiento quirúrgico, que consiste en la extirpación, es curativo. No se han descrito recurrencias.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Kleitsman RJ. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1950; 29: 161.
2. Prat J, Fox H. *Mesenchymal tumors of the ovary*. En: Fox H (Ed.). Haines and Taylor obstetrical and gynecological pathology. 3ª ed. Churchill Livingstone, Inc., New York, NY, 1987; 697-713.
3. Prayson RA, Hart WR. *Primary smooth muscle tumors of the ovary: A clinicopathologic study of four leiomyomas and two mitotically active leiomyomas*. *Arch Pathol Lab Med* 1992; 116: 1068-1071.
4. Kandalaf P, Esteban JM. *Bilateral massive ovarian leiomyomatoma in a young woman: A case report with review of the literature*. *Mod Pathol* 1992; 5(5): 586-589.
5. Lastarria D, Sachdev RK, Babury RA, Yu HM, Nuovo GJ. *Immunohistochemical analysis for desmin in normal and neoplastic ovarian stromal tissue*. *Arch Pathol Lab Med* 1992; 114: 502-505.
6. Fallahzadeh H, Dockerty MB, Lee RL. *Leiomyoma of the ovary: Report of five cases and review of the literature*. *Am J Obstet Gynecol* 1972; 113: 394-398.

