

Leiomatosis peritoneal diseminada: Hallazgos por imagen

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Cristina Lidia Fernández Rey, Javier Pereda Rodriguez, Carlos Oliva Fonte, Laia Perez Tapia, Marta Lobo García, Javier González Llorente

Objetivos Docentes

Se revisan los hallazgos semiológicos de una entidad infrecuente conocida como leiomatosis peritoneal diseminada.

El principal objetivo es ilustrar la enfermedad con el fin de que el radiólogo se familiarice con esta rara patología y evitar errores diagnósticos con enfermedades agresivas, tales como la carcinomatosis peritoneal, principal diagnóstico diferencial a considerar.

Revisión del tema

La leiomatosis peritoneal diseminada, también conocida como leiomatosis peritoneal difusa, es una entidad infrecuente con escasos casos recogidos en la literatura. Se trata de una enfermedad benigna que se caracteriza por el crecimiento de múltiples nódulos y/o masas, leiomiomas, compuestos por células musculares lisas y que se distribuyen por la cavidad peritoneal, más concretamente por la superficie subperitoneal. Se cree que derivan de una metaplasia de células submesoteliales.

Afecta comúnmente a mujeres en edad reproductiva y se asocia a presencia de leiomiomas uterinos, embarazo y toma exógena de hormonas.

La importancia del conocimiento de esta enfermedad radica fundamentalmente en descartar otros diagnósticos más agresivos como carcinomatosis peritoneal, leiomiomasarcomatosis, mesotelioma, tuberculosis o linfocitos.

Los hallazgos por imagen son poco específicos, particularmente en ecografía y TC. En ecografía (imagen 1) se detectan múltiples nódulos hipocóicos generalmente homogéneos o levemente heterogéneos y con bordes muy bien definidos. En TC (imagen 2) se muestran como nódulos bien delimitados que dependen de la superficie subperitoneal y que realzan de forma intensa y homogénea tras la administración de contraste.

En RM existen algunos hallazgos más definitorios. La señal en los miomas generalmente es baja en secuencias potenciadas en T1 y T2, dada la naturaleza fibrosa de los nódulos (imágenes 3-7). Existe un patrón característico de realce con captación intensa y progresiva, pudiendo detectar focos de sangrado en la fase basal (imagen 8).

En ocasiones existe una complicación consistente en torsión del leiomioma con necrosis coagulativa debido a la obstrucción del drenaje venoso. En estos casos el leiomioma afecto presenta un aumento de señal heterogéneo en secuencias T2 (imagen 10) y un realce periférico anular (imagen 11).

Característicamente los pacientes presentan un cuadro de dolor abdominal.

A continuación aportamos algunas claves diagnósticas que pueden sernos de utilidad en la detección de la leiomatosis peritoneal :

Claves diagnósticas en el diagnóstico diferencial con la carcinomatosis peritoneal:

1- Contexto clínico: Afecta a mujeres en edad reproductiva, aunque ha sido reportados casos en hombres y en mujeres postmenopausicas. Tiene una asociación importante con antecedentes de miomas uterinos, sobre todo tras histerectomía, y con estados de hiperestrogenismo, como el embarazo o la toma exógena de hormonas.

2- Signos radiológicos:

- Escaso líquido libre intraperitoneal
- Ausencia de metástasis hepáticas
- Ausencia de tumor primario
- Señal en RM:

Los hallazgos en ecografía y TC son poco específicos. Los leiomiomas aparecen como nódulos de bordes bien definidos con diámetros que oscilan desde pocos milímetros a varios centímetros. Realzan fuertemente tras la administración de contraste. En líneas generales su ecogenicidad y densidad es similar a la de los miomas uterinos. Como se ha mencionado previamente la ausencia de tumor primario conocido y de metástasis hepáticas, así como el escaso líquido libre intraperitoneal son datos que deben hacernos valorar esta posibilidad.

En resonancia es característica la baja señal en secuencias potenciadas en T2 y el realce intenso y progresivo tras la administración de gadolinio.

Imágenes en esta sección:

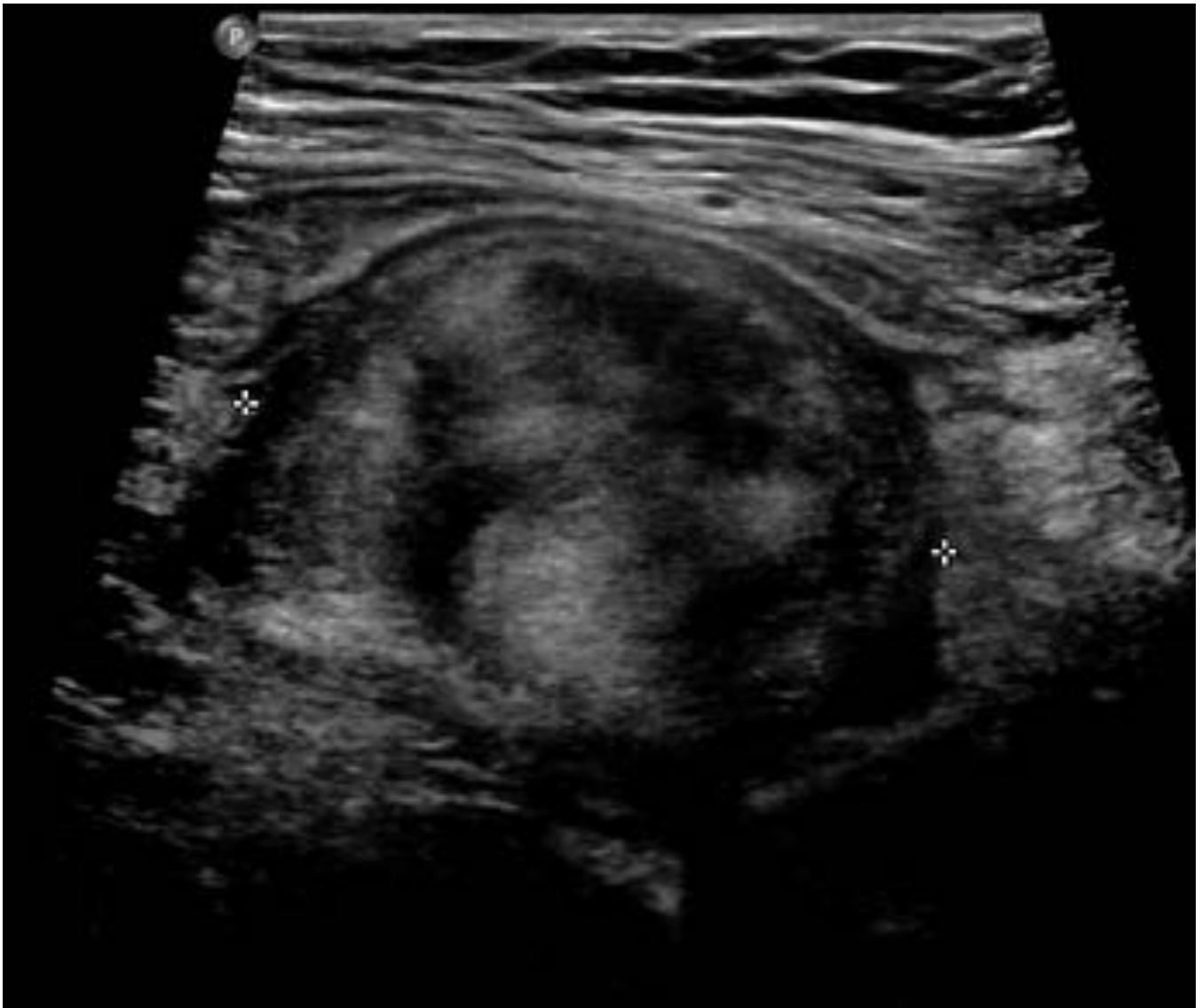


Fig. 1: Imagen 1: Hallazgos en ecografía



Fig. 2: Imagen 2. Hallazgos en TC con contraste, imagen axial.

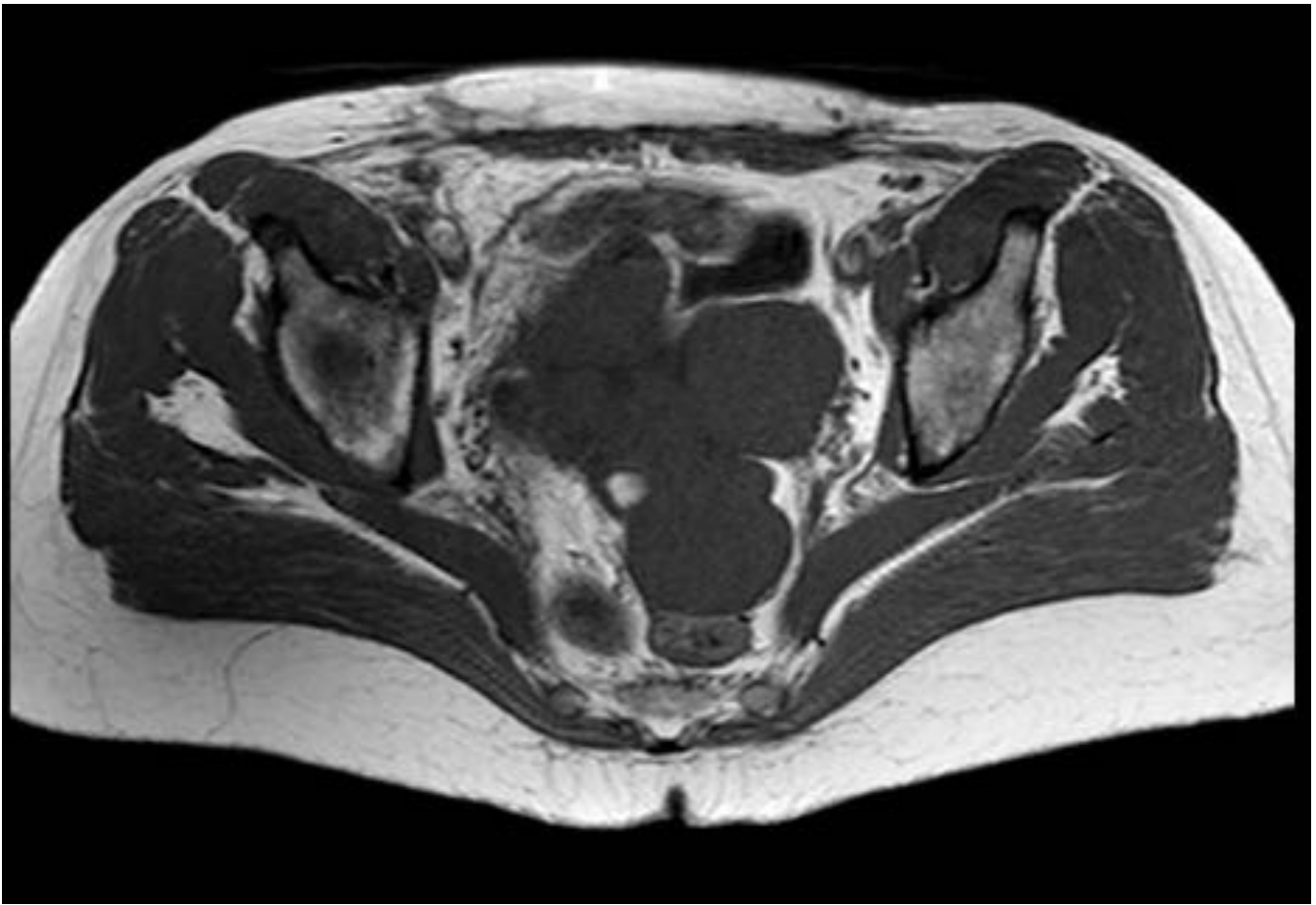


Fig. 3: Imagen 3. Corte axial SET1

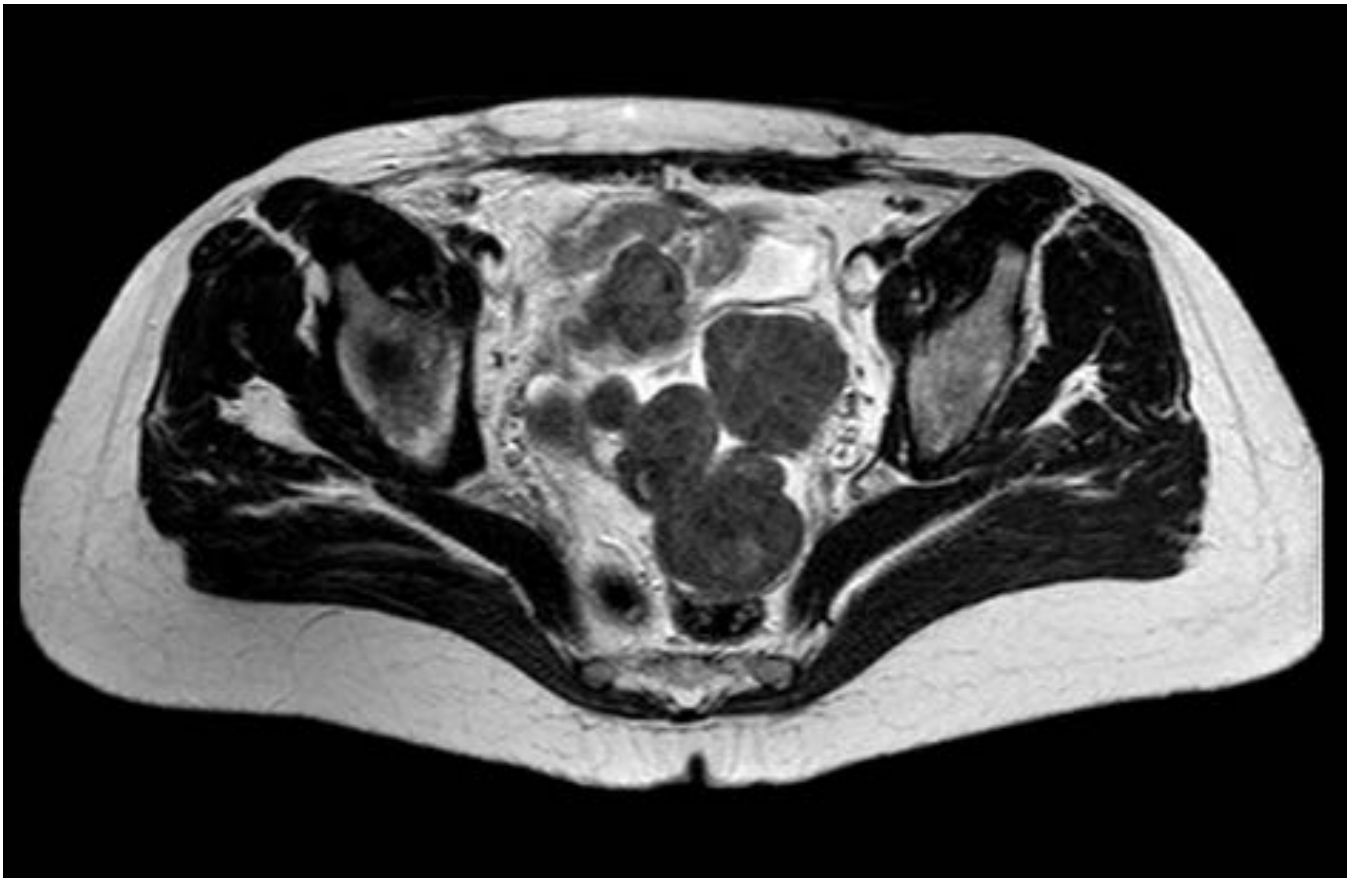


Fig. 4: Imagen 4. Hallazgos en RM. Corte axial SET2

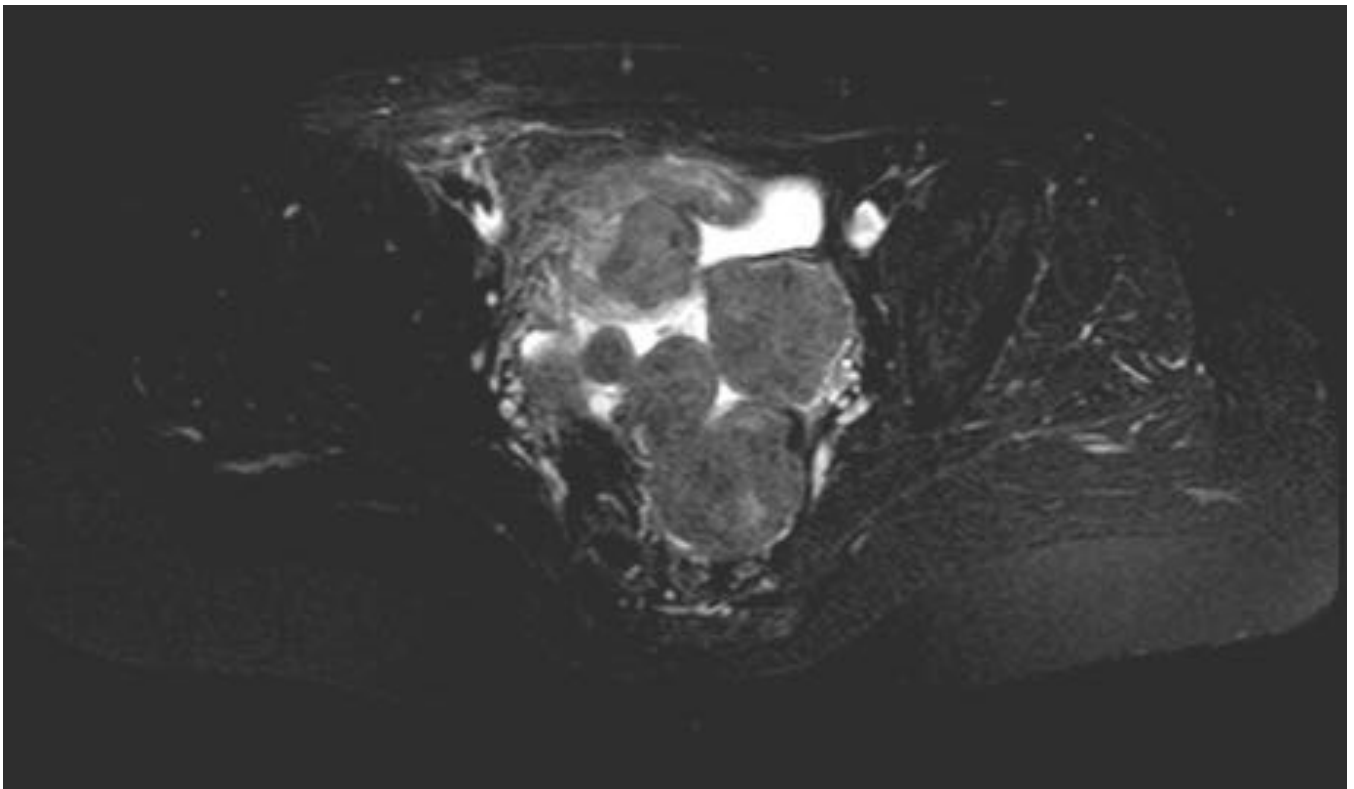


Fig. 5: Imagen 5. Hallazgos en RM. Imagen axial T2 FS SE.

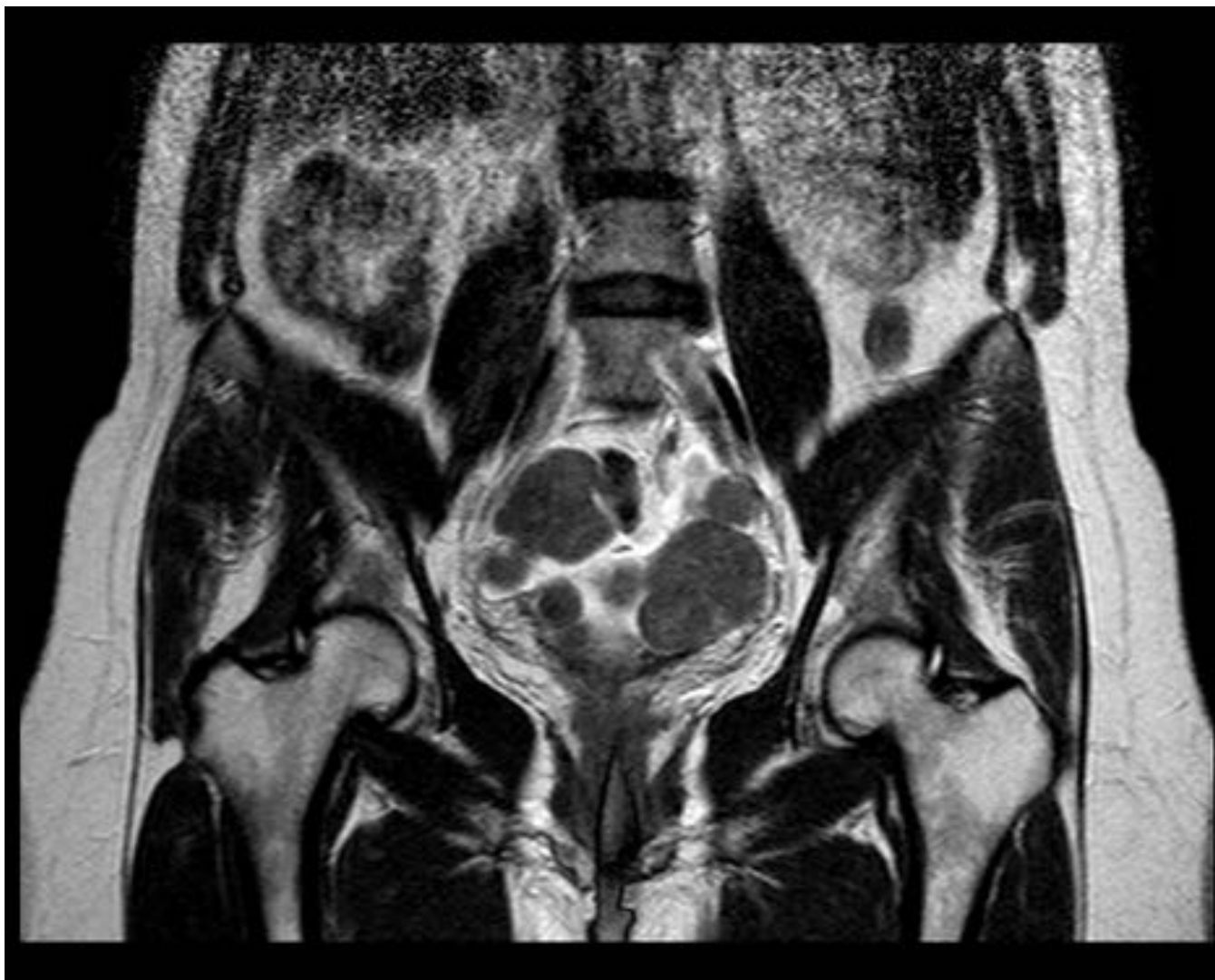


Fig. 6: Imagen 6. Hallazgos en RM. Imagen coronal T2SE

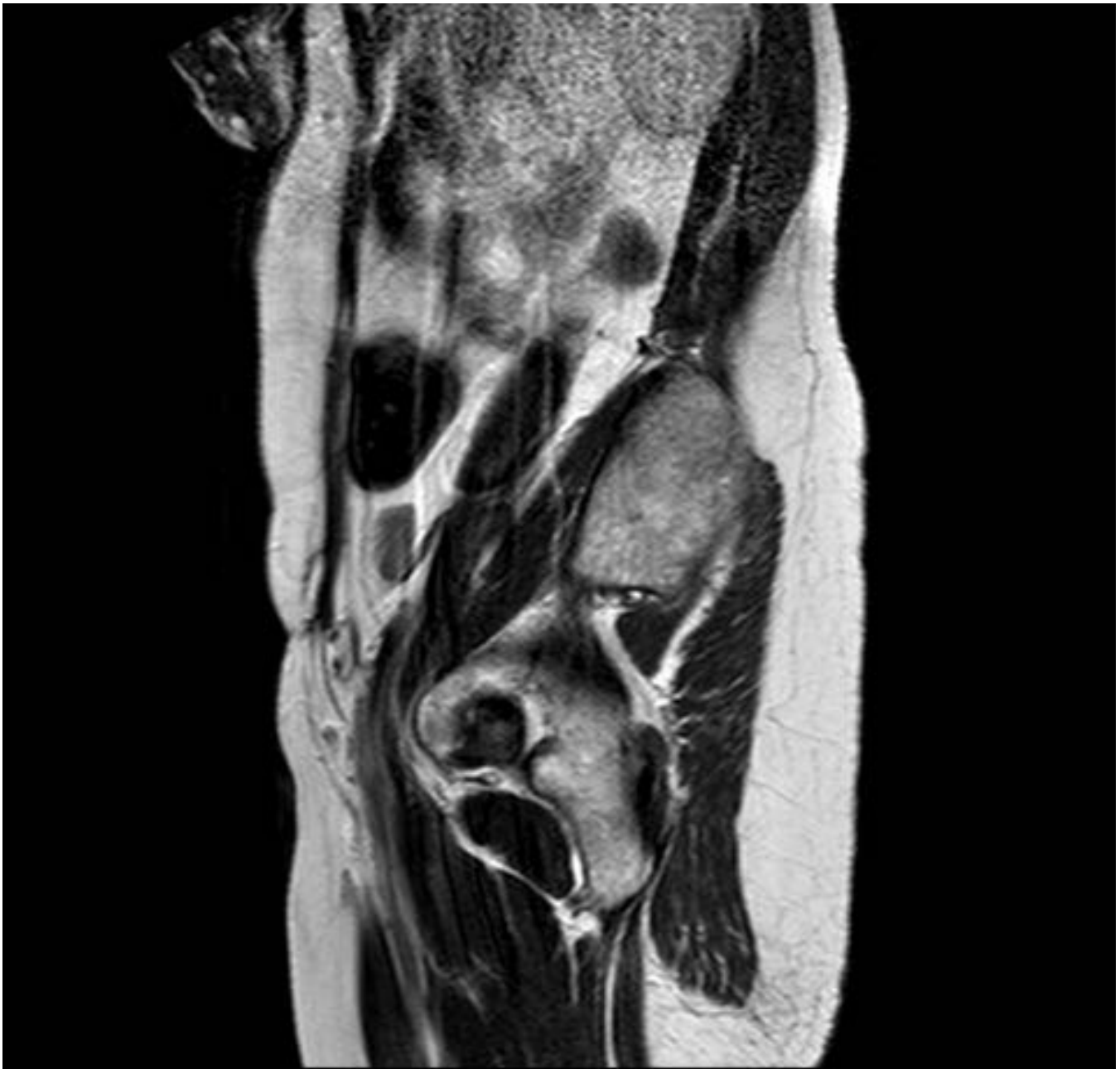
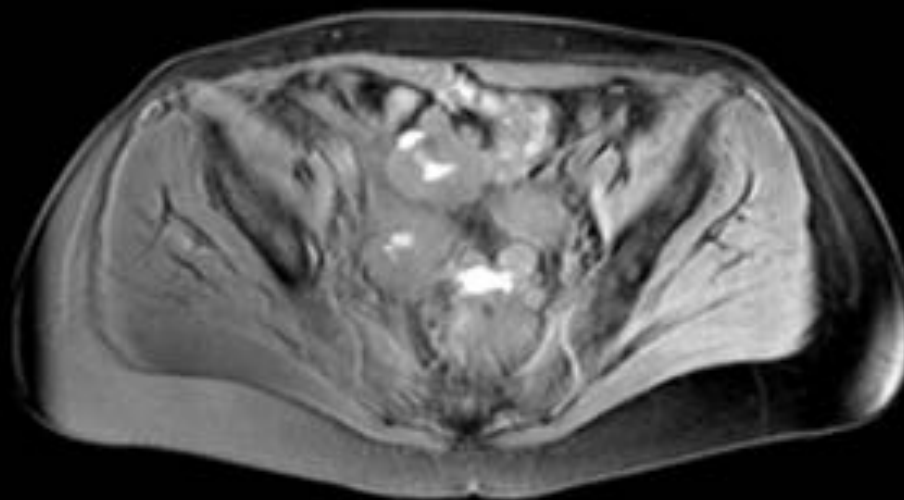


Fig. 7: Imagen 7.Hallazgos por RM. Imagen Sagital T2 Se



Fig. 8: Imagen 8. Imagen coronal T2SE

Basal



Post-contraste

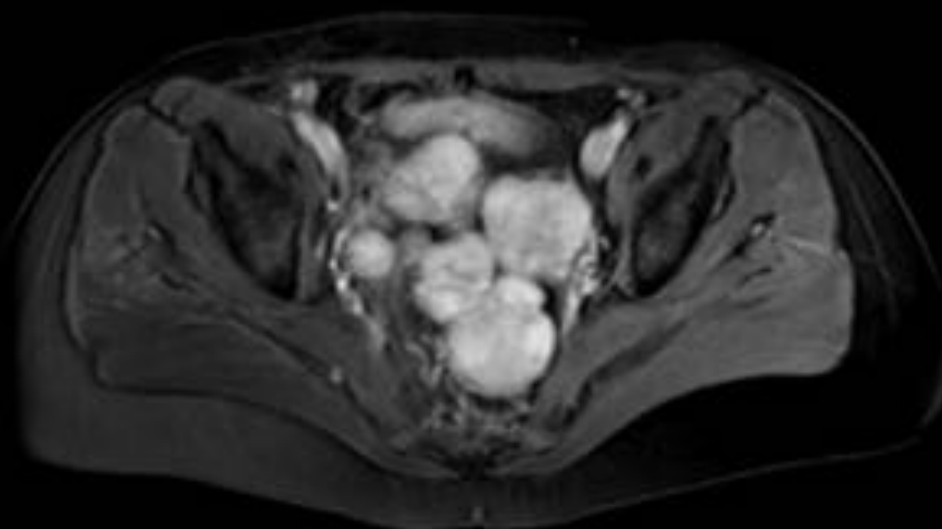
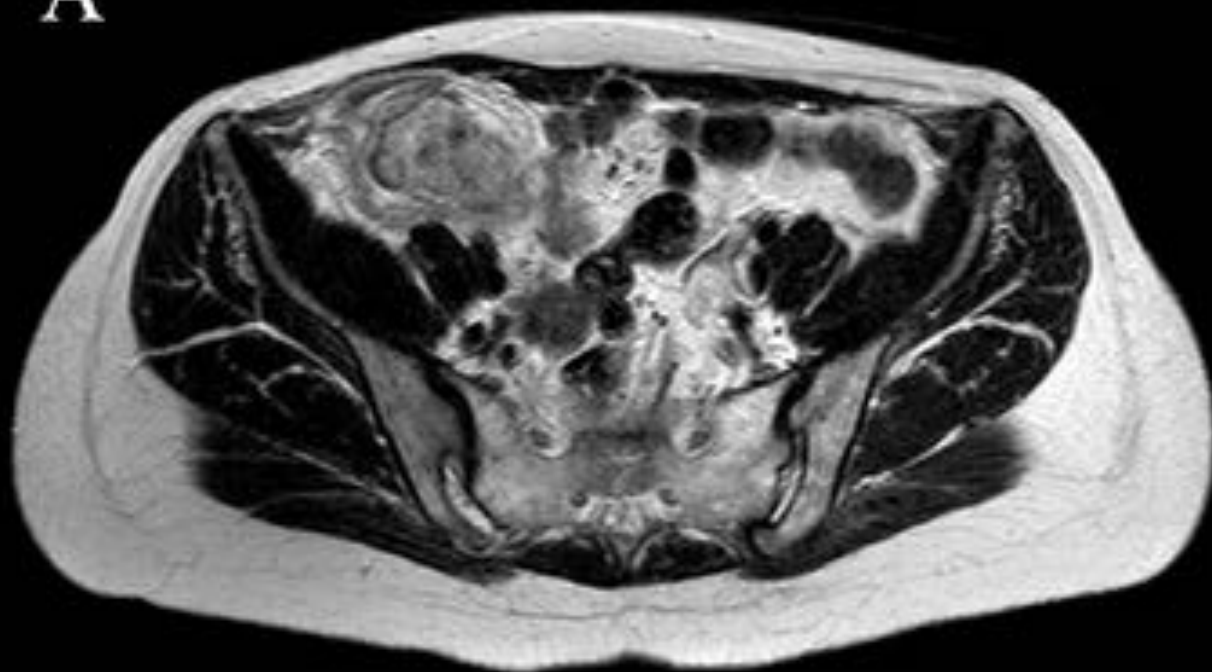


Fig. 9: Imagen 9. Cortes axiales Estudio dinámico post-contraste, imágenes basal y fase venosa

A



B

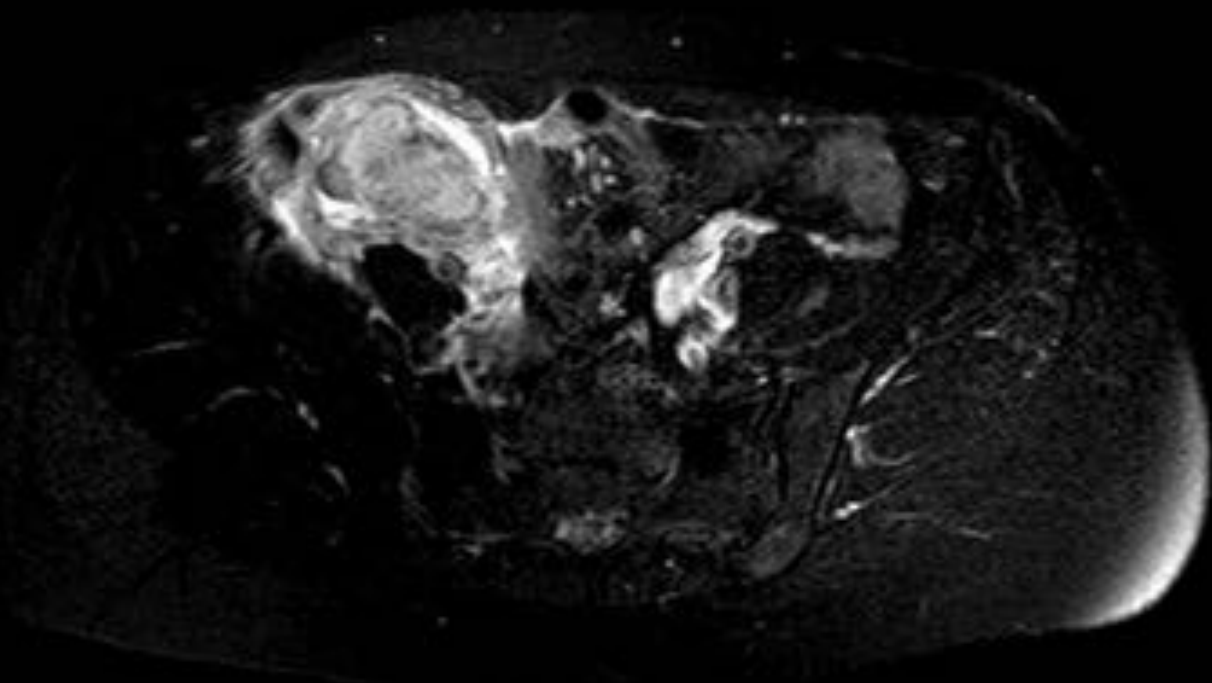


Fig. 10: Imagen 10: Leiomioma torsionado. Imágenes axiales T2SE y T2 FS SE

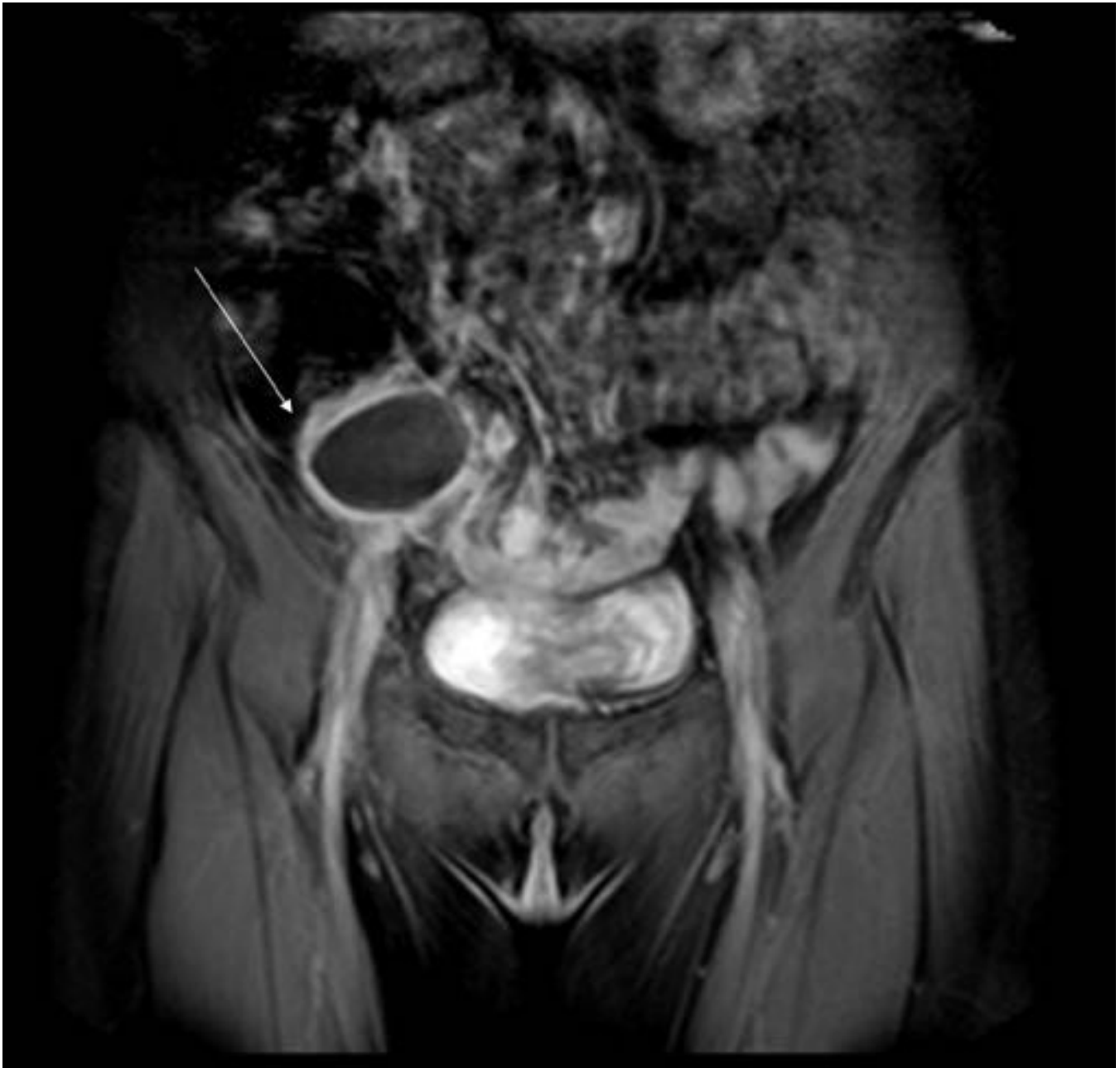


Fig. 11: Imagen 11. Leiomioma torsionado. Imagen coronal T1 FS gadolinio

Conclusiones

- La leiomatosis peritoneal diseminada es una enfermedad benigna e infrecuente.
- La importancia de su diagnóstico por imagen radica principalmente en su diagnóstico diferencial con la carcinomatosis peritoneal.
- Debemos sospechar esta enfermedad ante la detección de múltiples nódulos peritoneales con escaso

líquido libre y en ausencia de tumor primario y/o metástasis hepáticas.

- Debemos considerar el contexto clínico para una mejor aproximación diagnóstica .

- La baja señal en secuencias T2 y el realce intenso y progresivo tras la administración de contraste son característicos.

Bibliografía / Referencias

- Levi AD, Arnaiz AJ, Shaw, From archives of the AFIP: primary peritoneal tumors: imaging features and pathologic correlation. *Radiographics* 2008, 28(2), 583-607.

- Montero JD, Iturain N, Urrea D, Misad C. Leiomatosis peritoneal diseminada y embarazo. *Rev Chil obstet ginecol* 2008. 73(2):134-137.

- Papadatos D, Taburete P, Bret PM. CT of leiomyomatosis peritonealis disseminata mimicking peritoneal carcinomatosis. *AJR* 1996;167: 475-476.

- Murat Acar, Servet tatli, Stuart G Silverman. Leyomyomatosis peritonealis disseminata Mimicking features before and after treatment with GnRh agonist. *Eur J Gen Med* 2013, 10(4): 232-235