

Leiomiomatosis Benigna Metastatizante, entidad infrecuente. Revisión de la Literatura.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Alba Mas Sanchez, Rosa Jimenez Yanez, Ángeles Franco López, Fátima García Navarro, María Eugenia Arias Laverde, Laura Humanes López

Objetivos Docentes

Realizar una revisión bibliográfica, para explicar los hallazgos radiológicos más frecuentes en pacientes con leiomiomas uterinos que metastatizan. A propósito de los casos diagnosticados en nuestro centro.

Revisión del tema

La leiomiomatosis metastatizante benigna (LMB) es una entidad poco frecuente, con alrededor de 120 casos descritos en la literatura. Usualmente se caracteriza por la presencia de lesiones leiomiomatosas pulmonares, en ausencia de criterios clínicos, radiológicos e histopatológicos de malignidad.

La LMB es una rara variante proliferativa de fibras musculares lisas en lugares alejados al útero, que frecuentemente se presenta con aspecto radiológico similar a metástasis.

Aunque no está del todo establecido, los mecanismos patogénicos incluyen proliferación *in situ* de músculo liso hormono-sensible y metástasis vascular posiblemente a través de émbolo formado de células que se originan de un leiomioma benigno uterino. La teoría más aceptada, es la que explica que ambas enfermedades, leiomiomas uterinos y pulmonares son monoclonales, comparten el mismo origen (evidenciado mediante técnicas genéticas la inactivación del cromosoma X y anomalías cariotípicas específicas, consistentes de un proceso metastásico clonal).

La presencia de **leiomioma uterino o antecedente de histerectomía** por leiomioma uterino puede **orientar el diagnóstico**. Se han descrito intervalos de tiempo de entre 3 meses y 20 años entre la histerectomía y el diagnóstico ([FIG 1](#)) y ([FIG 2](#)).

El pulmón es el lugar más frecuente de aparición, aunque también se han descrito otras localizaciones menos frecuentes, como la afectación metastásica cardiaca, linfática, cerebral, ósea o cutánea. La leiomiomatosis intravenosa y diseminada peritoneal se manifiestan con patrones de crecimiento atípicos (1-3).

La enfermedad se presenta como **nódulos pulmonares bien definidos**, de tamaño variable, normalmente

bilaterales, aunque pueden ser únicos, siendo la cavitación poco frecuente y no suelen producir neumotórax.

El **diagnóstico diferencial** depende del tamaño de los nódulos, pero normalmente incluyen metástasis pulmonares de tumores malignos ([FIG. 3](#)), la segunda causa de nódulos pulmonares múltiples son las enfermedades infecciosas. Entre ellas debe considerarse la tuberculosis miliar, los émbolos sépticos y las infecciones oportunistas en pacientes inmunodeprimidos. Entidades clínicas de etiología inflamatoria como la artritis reumatoide, la granulomatosis de Wegener, la sarcoidosis, la silicosis y otras neumoconiosis pueden acompañarse de nódulos pulmonares múltiples (4).

El diagnóstico diferencial de masa ginecológica y nódulos pulmonares se realiza con tumores malignos como el sarcoma uterino, cáncer de cérvix, endometrio y ovario.

En la LBM los nódulos pulmonares se presentan en mujeres de edad media, sin presentar características histológicas de malignidad (sin actividad mitótica o atípia), habitualmente se requiere el análisis histológico para el diagnóstico definitivo.

El diagnóstico se suele realizar con la radiología, es más una radiografía de tórax ([FIG. 4](#)) o la tomografía computerizada (TC) que ayuda a caracterizar nódulos, presentando un realce homogéneo ([FIG. 5](#)). Incluso, también la resonancia magnética (RM) nos puede ayudar a caracterizar las lesiones localizadas en el mediastino ([FIG. 6](#) Y [FIG. 7](#)).

Existe poca correlación en cuanto a los síntomas y los hallazgos radiológicos, suele presentarse en pacientes asintomáticas, aunque los síntomas pueden ser dolor torácico, tos y disnea.

El **pronóstico** suele ser bueno en pacientes postmenopausicas, aunque es variable. Han sido descritos casos de progresión, asimismo resolución espontánea, la progresión de la enfermedad suele relacionarse con los niveles de estrógeno.

El abordaje terapéutico, dado el número limitado de casos no está estandarizado, aunque es aceptado ampliamente la cirugía con excisión primaria de los nódulos, con o sin histerectomía. La presencia de receptores de estrógenos y progestágenos en las piezas estudiadas hace que también se utilice el tratamiento hormonal o simplemente observación. El tratamiento debe ser individualizado.

Imágenes en esta sección:

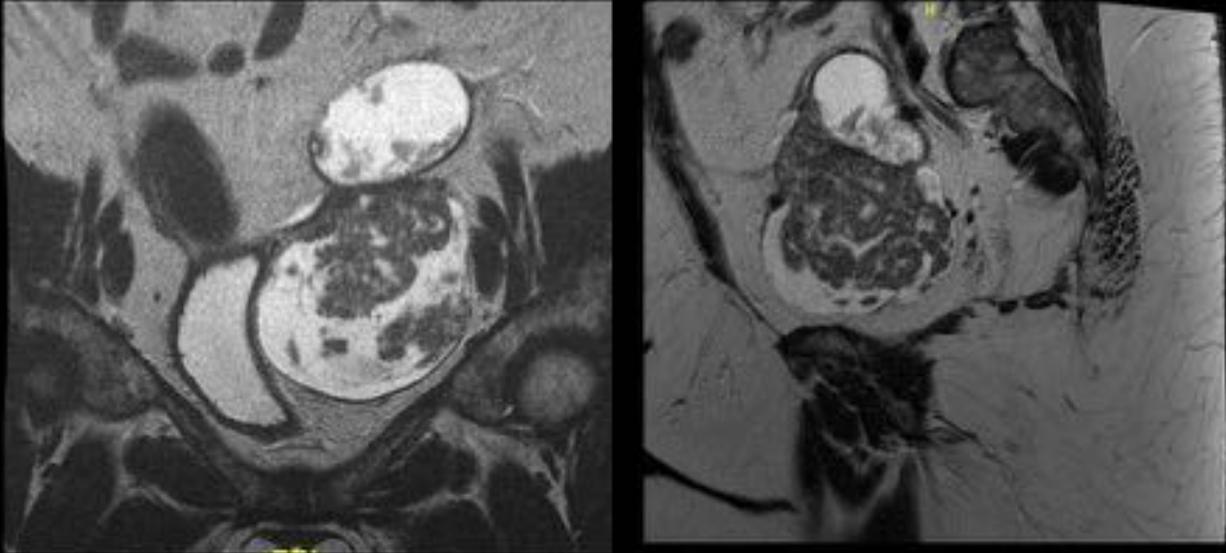


Fig. 1: Mujer de 55 años, con dolor abdominal, sin antecedentes personales de importancia. RM con secuencia T2, en planos sagital y coronal, con presencia de masa pélvica heterogénea, sugestiva de leiomioma.

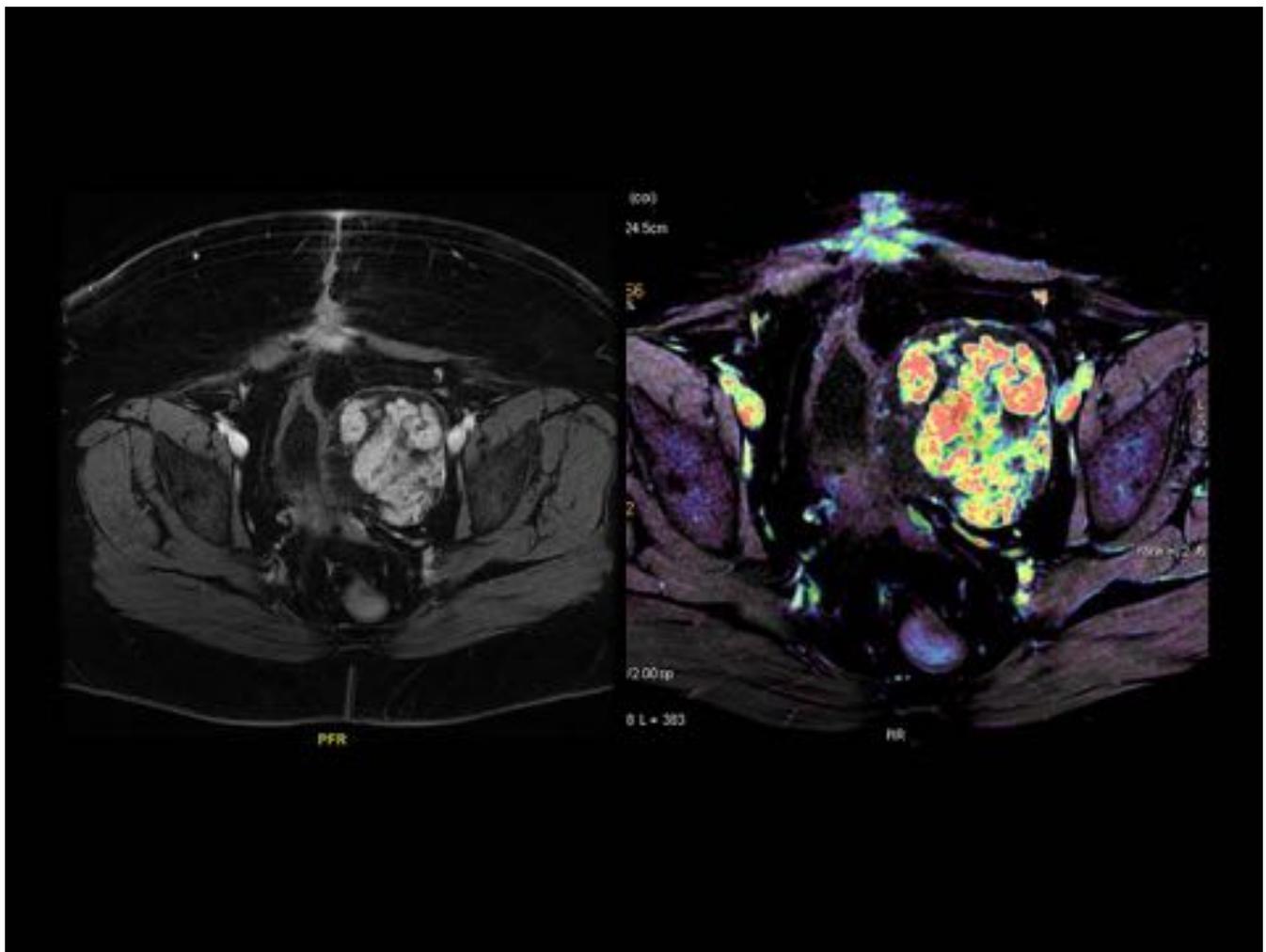


Fig. 2: RM axial secuencia potenciada en T1 con contraste iv, sustracción y mapa de colores para la valoración de la masa pélvica heterogénea, donde se aprecia la captación de la parte sólida.

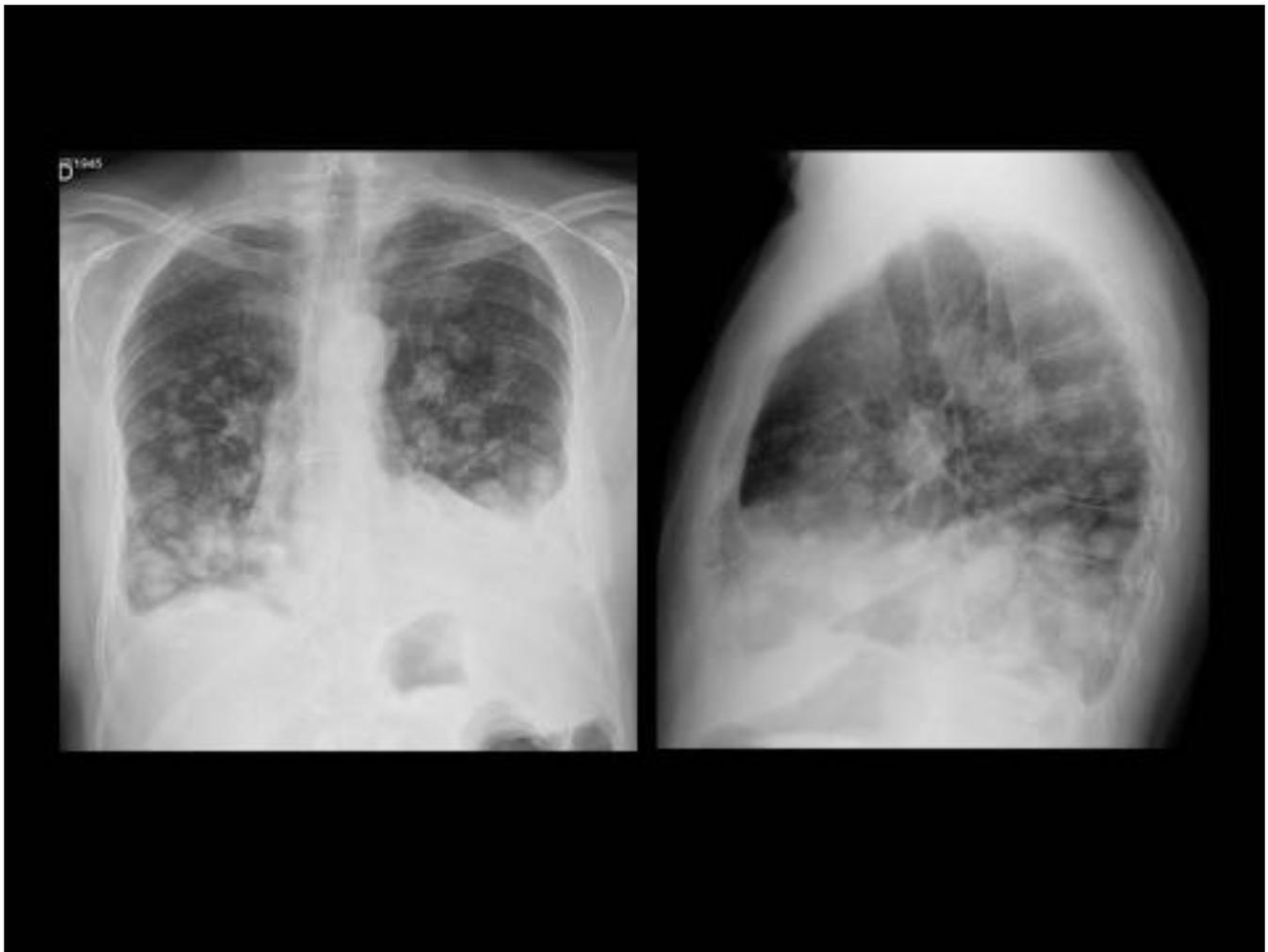


Fig. 3: Rx de tórax AP y Lateral, múltiples nódulos pulmonares, bilaterales, en relación con “suelta de globos” (metástasis).



Fig. 4: Rx torácica de mujer de 55 años con antecedente de histerectomía hace 12 años, con nódulo en campo medio de hemitórax derecho y masa retrocardiaca, en relación con leiomiomasis benigna metastizante.

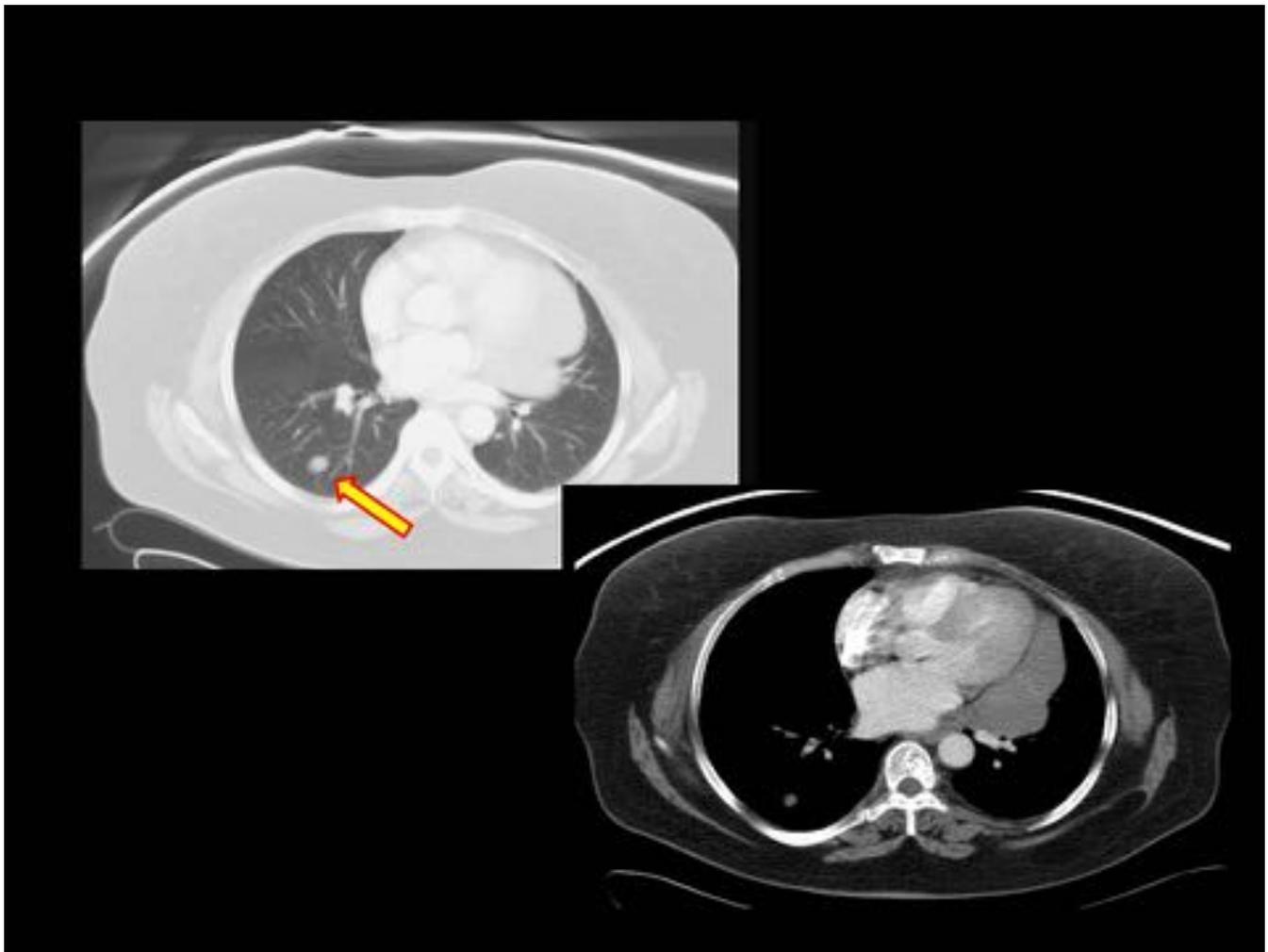


Fig. 5: Izquierda: TC torácico con ventana de parénquima pulmonar, la flecha señala un nódulo en LII, se observa una masa retrocardiaca. Derecha: ventana partes blandas, se aprecia la masa bien delimitada retrocardiaca.

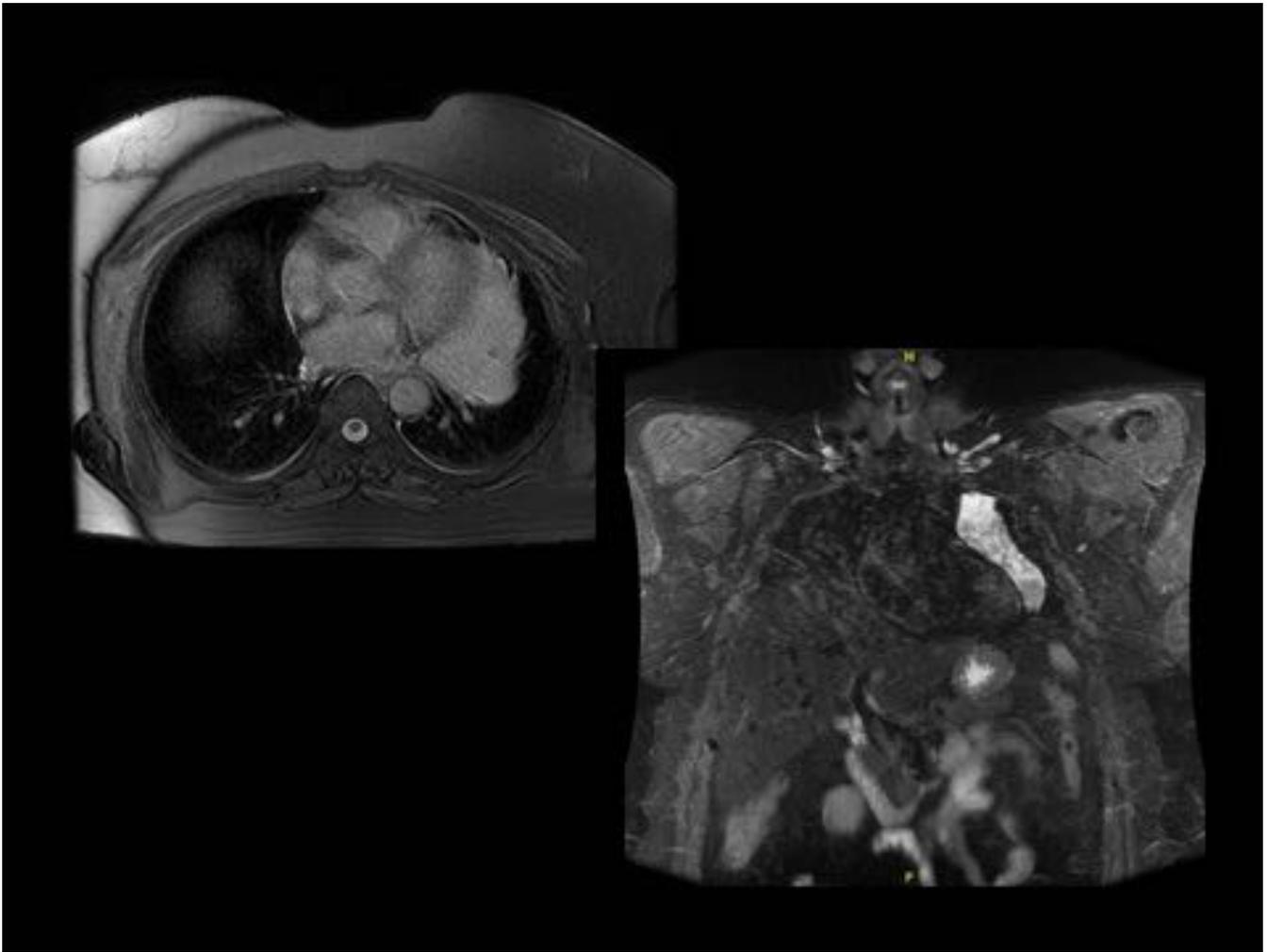


Fig. 6: RM, axial Fiesta y coronal Stir, para caracterizar la lesión paracardiaca. La anatomía patológica demostró que se trataba de leiomiomatosis benigna metastatizante.

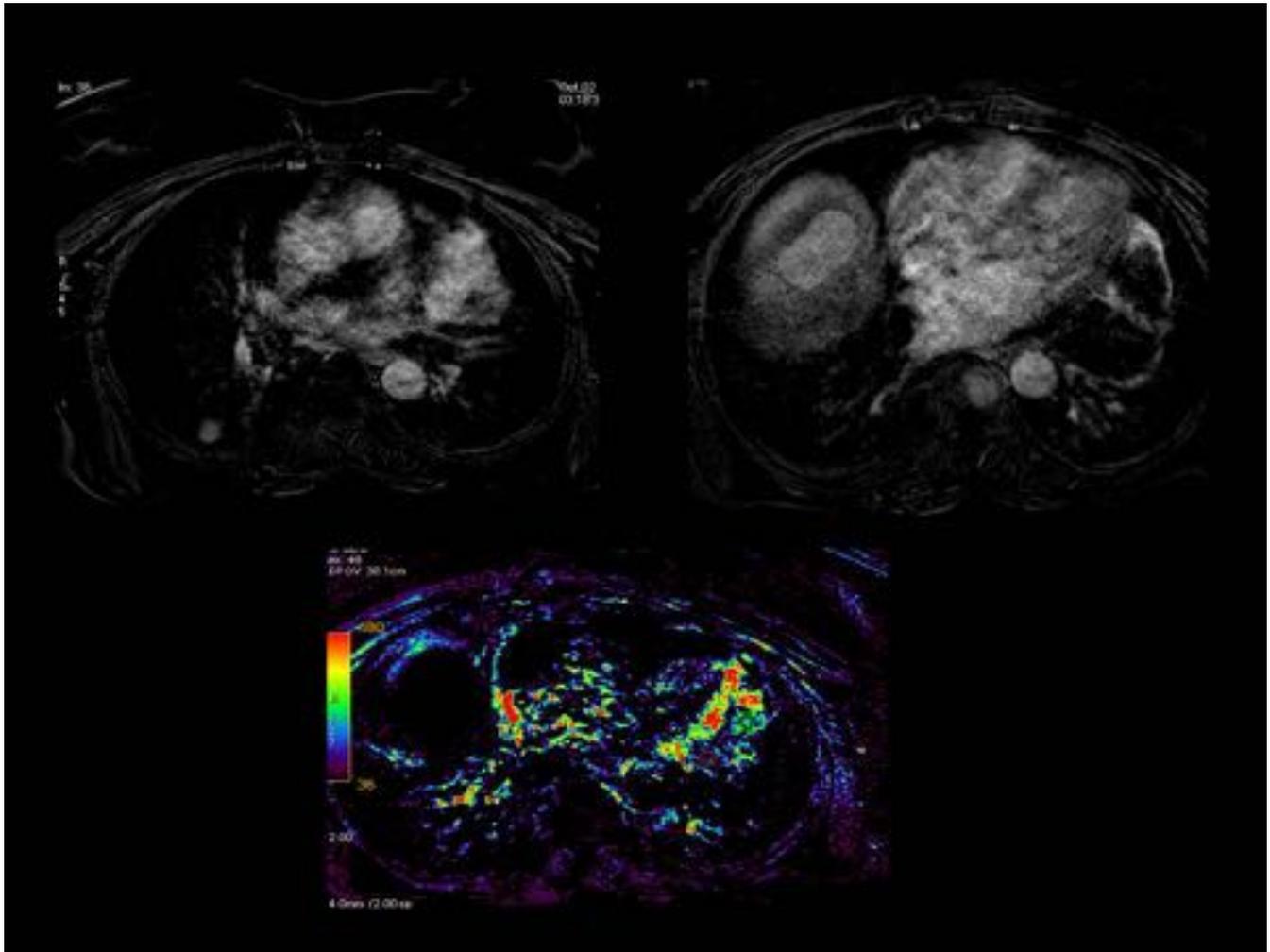


Fig. 7: Cortes axiales en T1 tras la administración de contraste, T1 con contraste con sustracción y mapa de colores, se aprecia la captación de los bordes y septos de la lesión. La anatomía patológica demostró que se trataba de leiomiomatosis benigna metastatizante.

Conclusiones

La leiomiomatosis benigna metastatizante es una entidad poco frecuente y benigna, la localización más frecuente de las metástasis es pulmonar.

La presentación son mujeres de edad media, asintomáticas, con nódulos pulmonares bilaterales en radiología de tórax, con antecedente de histerectomía por miomas uterinos o con la presencia de los mismos.

Bibliografía / Referencias

1. Najla Fasih, FRCR , Alampady K. Prasad Shanbhogue, MD, MBBS David B. Macdonald.

Leiomyomas beyond the Uterus: Unusual Locations, Rare Manifestations. *Radiographics* 2008; 28:1931-1984.

2. MR et al. Distinctive cytogenetic profile in benign metastasizing leiomyoma: pathogenetic implications. *Am J Surg Pathol* 2007; 31: 737-743.
3. Maredia R, Snyder B, Harvey LA, Schwartz AM. Benign metastasizing leiomyoma in the lung. *RadioGraphics* 1998;18(3):779–782.
4. Torres Gómez FJ, Arroyo Tristán A, Torres Olivera FJ. Benign metastasizing leiomyoma of lung. *Arch Bronconeumol.* 2007;43(1):52-3.