

CASO RARO DE LIPOMA UTERINO PURO EN EL HOSPITAL II VITARTE ESSALUD

Rare case of pure uterine lipoma in the Hospital II Vitarte EsSalud

César Augusto Marquina Videiro¹, Anselmo Ventosilla Mantilla², Eberth Torres Malca³

Resumen

Los lipomas puros en el útero son extremadamente raros, pueden ser hallados después de una histerectomía con el diagnóstico presuntivo de leiomioma uterino. La mayor parte corresponden a lipomas mixtos (lipoleiomiomas, fibrolipoma), estos tumores representan 0.03 y 0.2 % con respecto a los leiomiomas, pudiendo ser múltiples. En el presente caso, se confirma la presencia de células adiposas maduras en forma pura mediante los estudios de microscopía óptica, y estudios de inmunohistoquímica.

El Lipoma puro en el útero fue diagnosticado en el Hospital II de Vitarte, ocupa y reemplaza la cavidad endometrial, no habiendo sido descrita de esta manera en la literatura mundial, este es un hallazgo en el Servicio de Anatomía Patológica. La paciente post histerectomía fue dada de alta sin ninguna complicación.

Se concluye que el presente caso, se trata de un Lipoma puro en la cavidad endometrial.

Palabras clave: Lipoma uterino

Abstract

Pure lipomas in the uterus are extremely rare, they can be found after a hysterectomy with the presumptive diagnosis of uterine leiomyoma. Most of them correspond to mixed lipomas (lipoleiomyomas, fibrolipoma), these tumors represent 0.03 and 0.2% with respect to the leiomyomas, being able to be multiple. In the present case, the presence of mature adipose cells in pure form is confirmed by optical microscopy studies and immunohistochemical studies.

The pure Lipoma in the uterus was diagnosed in Hospital II of Vitarte, occupying and replacing the endometrial cavity, not having been described in this way in the world literature, this is a finding in the Service of Pathological Anatomy. The post hysterectomy patient was discharged without any complications.

It is concluded that the present case, is a pure Lipoma in the endometrial cavity.

Keywords: Uterine lipoma

¹Médico Jefe del Dpto. DADYT y jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital II de Vitarte Essalud. Profesor de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad San Martín de Porres. ²Médico asistente del Servicio de Ginecología del Hospital II de Vitarte Essalud. ³Médico Asistente del Servicio de Anatomía Patológica y Citología de la Clínica Vesalio.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias adiposas benignas primarias de útero, son tumores no frecuentes como lo describen Adamson G (1), Sonobe H (2), R. Vilallonga (3) et al. El caso estudiado en el Hospital II de Vitarte Essalud, se presenta con el diagnóstico clínico presuntivo de "Pólipo endometrial", fue estudiado mediante ecografía; la paciente en la consulta externa tuvo la siguiente sintomatología; sensación de bulto en la vagina, y sangrado ginecológico vía vaginal en forma esporádica hace un año antes de la intervención quirúrgica. Esta lesión se localizó en el espacio que corresponde al endometrio, el miometrio estuvo adelgazado.

El origen de esta neoplasia benigna, es controversial como lo describen Adamson G (1), R Vilallonga (3), es por ello se ha estudiado esta neoformación con técnicas de inmuno-histoquímica, siendo positivo a células maduras adiposas. Diversos autores piensan que su origen es de las células mesenquimales pleuripotenciales indiferenciadas como lo describe Fujimoto (4). También es factible, juegan un rol importante las hormonas, y se las ha descrito generalmente en la menopausia mencionado en el VIII Congreso Hispanoamericano por Saiz Lopez (5).

CASO CLÍNICO

Paciente mujer, de 64 años de edad, raza mestiza, procede de Lima, del Distrito de Santa Clara, es atendida en el Hospital de Vitarte EsSalud en el Distrito de Ate Vitarte. Tiene 5 hijos nacidos vivos, no abortos, no ha tomado anticonceptivos. En la consulta en ginecología; refiere haber tenido su última regla a los 45 años de edad, intervenida hace 20 años de "Apendicitis aguda".

Hace 01 año al presentar ginecorragia vía vaginal esporádica, "sensación de bulto en los genitales", acude al consultorio de ginecología; siendo diagnosticada mediante ecografía transvaginal de "Pólipo endometrial", esta neoplasia tiene las siguientes medidas 64.5 x 63 x 39 mm., presenta vascularización en el istmo en relación a pedículo.

Examen Clínico:

Mujer de raza mestiza de estatura mediana, tiene frecuencia cardiaca 65 por minuto; respiración 20 por min; presión arterial 120/70 mm de mercurio; a la auscultación ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no presenta soplos; los pulmones se ausculta murmullo vesicular normal.

Al Examen preferencial; se le diagnostica de Cistocele grado III; Rectal grado II; Miomatosis Uterina"; Pólipo Endometrial.

Exámenes Auxiliares:

El hemograma: Hemoglobina 13.2 gr %, Hematocrito 40%, Leucocitos 5,600 x ml., Abastoados 0%, Segmentados 76%, Eosinófilos 0%, Basófilos 0%, Monocitos 03%, Linfocitos 21%. Glucosa 85 mg/dl, Tiempo de protrombina 10.2 segundos, INR 0.95; Grupo "O", Factor Rh positivo. Orina: Sedimento; Leucocitos 2 a 4 x Campo, Células epiteliales en regular cantidad; bacterias regular cantidad.

Estudio de Papanicolaou cérvico vaginal: Negativo para células neoplásicas; Trofismo, hipotrófico.

Se realiza los estudios preoperatorios para la intervención quirúrgica; tales como riesgo quirúrgico, exámenes auxiliares complementarios; dando como resultado dentro de los límites normales.

La paciente fue hysterectomizada, con evolución favorable, presentó dolor herida operatoria, es dada de alta al cuarto día post operatorio.

Diagnósticos de Anatomía Patológica:

- Cuello: cervicitis crónica.
- Endometrio: No se observa tejido endometrial, todo está reemplazado por tejido adiposo.
- Anexos: Ovarios con cuerpos albicans.
- Trompas: sin alteración de significación.

Se realiza los siguientes estudios de Inmuno-histoquímica:

Vimentina (marca mesénquima), fue positivo para las fibras adiposas.

Desmina (marca músculo y mesotelio) y **Actina** (marca músculo); fueron débil positivo, en el tejido adiposo.

También se realizaron: CD10, CD34, CD68, CD99, HMB45, todos los resultados fueron negativos.

También se comparó con un tejido adiposo de un paciente desconocido, proveniente del tejido celular subcutáneo, con el Lipoma del útero, obteniendo idéntica respuesta a los marcadores de Inmuno-histoquímica.

Útero: macroscopia, corte transversal.



Figura 1. Útero, se aprecia tejido adiposo maduro, ocupa centro, rodeada de capa fina.

Útero: microscopía, lente 40x

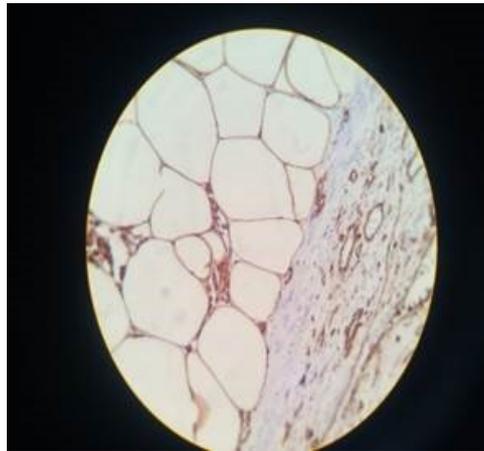


Figura 2 Coloración Inmuno-histoquímica, Vimentina: positiva.

DISCUSIÓN

La incidencia de Lipoma puro, en el mundo es muy baja, en el Hospital II de Vitarte Essalud, se ha presentado por primera vez en una mujer menopáusica, de 64 años de edad, con cuadro clínico de; sangrado vía vaginal desde hace un año, sensación de bulto; fue hysterectomizada y no teniendo ninguna complicación post operatoria fue dada de alta.

El lipoma de cuerpo uterino es extremadamente raro, fue descrito por primera vez por Lopstein en 1816, al menos 20 casos han sido publicados en esta forma pura, como lo reporta Vilallonga(3)

Se ha descrito, tejido óseo maduro, en la cavidad uterina por primera vez en 1901 por el patólogo alemán Mayer, con esterilidad de la paciente, descrito por Del Pozo (6)

Las neoplasias adiposas benignas primarias de útero son tumores infrecuentes. La mayoría corresponden a tumores mixtos (lipoleiomioma, fibrolipoma) y es más infrecuente a lipomas “puros” como lo describe Adamson G (1)

Esta entidad, se le ha encontrado con otras patologías, como carcinoma endometrial, el hallarla se hace necesario realizar el diagnóstico diferencial con sarcoma o leiomioma descrito por Adamson G (1)

La mayor parte de los casos aparecen en mujeres postmenopáusicas (el 90% se presenta en mujeres por encima de los 40 años, con una media de 79 años). Siendo la localización más frecuente en el cuerpo uterino detallado por Adamson G (1)

Algunos estudios de inmuno-histoquímica apoyan la hipótesis de la metaplasia adiposa de células de músculo liso, ya que los adipocitos muestran reactividad para Vimentina, Desmina y Actina, en ausencia de reactividad para antígeno histiocito para CD68 y MAC 387 como lo describe Adamson G (1).

El lipoma puro encontrado y estudiado en el hospital II de EsSalud en Vitarte dio positivo a Vimentina confirma que es tejido adiposo, así como lo describe Kovack(7). Cuando se realizó la prueba con Desmina y Actina, la reactividad en la lesión fue débil positivo, sin embargo, en para estos procedimientos la literatura menciona que son positivos como lo descrito por Adamson G (1)

Lipoma puro del útero es una rara entidad. Los diagnósticos clínicos presuntivos de leiomioma, son diagnosticados en forma diferente en el post operatorios siendo los más comunes los lipoleiomiomas. Se han reportado 10 casos del cual uno es lipoma puro y 9 casos son lipoleiomiomas, como lo describe Sanjay(8).

La génesis de estas lesiones en la pared uterina sigue siendo un enigma. No es bien conocido como el tumor graso se puede desarrollar en el útero. Muchas teorías se han propuesto como la migración de células adiposas a través de las arterias uterinas como lo describe Fujimoto(4), permanencia de células mesenquimales con la capacidad de diferenciación a adipocitos como lo describe Gupta (9). Se sugiere que estas lesiones resultan de la metamorfosis del músculo liso que puede proceder a formar tejido adiposo maduro en el leiomioma o en el miometrio descrito por Willen (10).

La histogénesis del tumor es controversial. Los análisis de Inmuno-histoquímica revelan que pueden ser de origen puro lipomatoso. Mientras que otros autores apuntan a un origen de células mesenquimales pluripotenciales indiferenciadas semejantes a fibroblastos como lo describe Sanjay(8). Así como a anomalías cromosómicas, tales como arreglos y supresión de cromosomas, se han conocido en algunos tipos de lipomas como lo describe Kurman (11)

Las manifestaciones clínicas, son idénticas como las causadas por leiomiomas, más de la mitad de los casos presenta en primer lugar el sangrado uterino, así como el dolor abdominal, cuando los tumores tienen grandes dimensiones. El dolor como único síntoma es raro. Los lipomas del cuerpo uterino usualmente aparecen en mujeres de un promedio alto de edad, es común en las mujeres postmenopáusicas como se describe en R Vilallonga (3).

En la literatura menciona que se realizaron para estos casos el estudio macroscópico, en la que se aprecia tejido amarillo, y en la microscopía óptica, revela que está compuesta de células adiposas maduras, también se les ha practicado estudios ecografía, ultrasonografía, Tomografía computarizada, Resonancia magnética. Como lo describe Robert J. Kurman(11)

En el Hospital de Vitarte, se realizó el estudio histopatológico, así como lo hicieron en todos los casos previos para el diagnóstico definitivo.

Sanjay describe la asociación con carcinoma endometrial (8), carcinoma cervical, el diagnóstico diferencial se puede establecer con sarcoma o con leiomioma con degeneración isquémica o necrosis como lo describe Adamson (1). También lo ha descrito Vilallonga con combinado con un Tecoma de ovario (3); algunos casos de Hemangioma descrito por Resta (12), Dey and P. Dhar KK, han reportado un caso de lipoma uterino asociado con Struma ovarii en el de 1993 (13)

Serapin y col., (14) han realizado análisis ultrasonográficos en 11 lesiones lipomatosas uterinas del cuerpo en las cuales se han observado como masas a vasculares con márgenes bien definidas hiperecogénicas.

El rol que pueden jugar estas neoplasias endometriales no es bien, conocida, de manera que, algunos autores apuntan a una hipotética conversión de andrógenos a estrógenos en la grasa del lipoma en sí mismo como lo describe Kenning and W. B. De Goey (15)

Conclusiones

El presente caso clínico, es de gran interés, por no haber sido reportado en la literatura nacional, así como es interesante destacar los pocos casos publicados con el diagnóstico de Lipoma puro, en el útero, es decir estos forman parte del músculo uterino, por lo que en su mayoría se diagnostican de lipoleiomioma, siendo tumores mixtos.

Este caso clínico es relevante; la lesión, solo está ocupando la cavidad endometrial, y no se encontró tejido endometrial, se comprueba la naturaleza adiposa con la inmuno-histoquímica realizada. Aún, así no queda claro el origen de esta neo formación benigna; algunos estudios de inmuno-histoquímica apoyan la hipótesis de "metaplasia" de las células del músculo liso, debido a que los adipocitos muestran positividad para

vimentina, desmina, actina y ausencia de reactividad para antígenos histiocitarios como CD68, MAC387, CD10, CD99, CD34, HMB45, como los realizados para este caso. Por ello necesario investigar más para conocer mejor de esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adamson G, Martin D, "Endoscopic management of gynecologic disease" Philadelphia; Lippincot Raven, 1996.
2. Sonobe H, Hayashi K, Takahashi K. Lipoleiomyoma of the uterus-report of a case. *Gan No Rinsho*. 1988; 34 (14):201922.
3. Vilallonga R, Garcia A, Castellvi J, Fort J, Armengol M, and Ramón y Cajal S. "Lipoma of Uterine Corpus: Excepcional Eventuality Combined with an Ovarian Thecoma". Editor William Hurd, 2009. Disponible <http://dx.doi.org/10.1155/2009/340603>
4. Fujimoto Y, Kasai K, Furuya M, et al., "Pure uterine lipoma", *Journal of Obstetric and Gynecology Research*, vol. 32, no, 5 pp. 520-523, 2006.
5. VIII Congreso mundial Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica, - Octubre de 2006 disponible en: <http://congant.cs.urjc.es> Seminario de casos.
6. Del Pozo D, Sánchez V, Prieto M, Cortes E, Molina A, Hernández S, García J. "Metaplasia ósea de endometrio y abordaje terapéutico" *Unidad de Reproducción humana, Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias*.
7. Kovacs J, Poka R. Lipoma of the Uterus. *Pathol Oncol Res*. 1996; 2 (3):181-183.
8. Sanjay D, Harit A and Bhatnagar P. "Uterine Lipoma", *A rare Entity Med J. Armed Forces India*. 2005, Oct; 61(4): 385-386.
9. Gupta R and Hunter R. "Lipoma of the uterus. Review of literature with views of histogenesis". *Obstetrics and Gynecology*, vol 24, pp. 255-257, 1964.
10. Willen R, Gad A, Willen H. Lipomatous lesions of the uterus. *Virchows Arch A Pathol Anat Histol*. 1978; 377 (4):351-361.
11. Kurman R, Carcangiu M, Herrington CS, Young RH. "Classification of tumours of female Reproductive". 4th; Ed., IARC Press, Lyon, 2014.
12. Resta L, Maiorano E, Piscitelli D and Botticella M. "Lipomatous tumors of the uterus: clinic-pathological features of 10 cases with inmunocytochemical study of histogenesis. *Pathology Research and Practice*, vol. 190. No 4, pp. 378-383, 1994.
13. Dey P, Dhar KK. Lipomatous of tumours of uterus. *J Indian Med. Asoc*. 1993:91:99.
14. Serafini G, Martinoli C, Quadri P, Specca S, Crespi G, Venturino E. "Lipomatous Tumor of the uterus: ultrasonographic in 11 cases" *J Ultrasound*, 1966 Mar; 15(3):195-99;quiz 201-2.
15. Kenning R and De Goey W. "Uterine lipomas. Review of the literature" *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, vol. 10. No 2-3, pp 91-94, 1983.

Correspondencia:

César Augusto Marquina Videiro

Correo electrónico: cesar.marquina@essalud.gob.pe

Fecha de recibido: 8-8-2016

Fecha de aceptado:16-09-2016