

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Fabrizio L. Leiomyosarcoma del muslo, una localización poco frecuente. A propósito de un caso y revisión de la literatura. *Rev Arg Med* 2020;8(1):53-55

Recibido: 1 de marzo de 2020.

Aceptado: 28 de marzo de 2020.

¹ Médico residente, Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Unidad Asistencial Dr. César Milstein. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

LEIOMIOSARCOMA DEL MUSLO, UNA LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

LEIOMYOSARCOMA OF THE THIGH, AN UNUSUAL PRESENTATION. CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Luciano Fabrizio ¹

RESUMEN

El leiomyosarcoma es una neoplasia agresiva derivada del músculo liso cuyos orígenes habituales son el uterino y, en su presentación extrauterina, el retroperitoneal o el del tracto gastrointestinal. Son infrecuentes los casos originados en extremidades, y su detección temprana es un reto diagnóstico. Este es el informe del caso de un paciente de 78 años de edad, que consultó con tumoración y dolor de meses de evolución del muslo izquierdo como primeros síntomas de presentación.

PALABRAS CLAVE. Leiomyosarcoma, muslo, resonancia magnética, ultrasonido.

ABSTRACT

Leiomyosarcoma is an aggressive neoplasm, usually derived from the uterus, and in its extra-uterine presentations, from retroperitoneum or gastro-intestinal tract. Cases originated in the limbs are rare, its early detection being a diagnostic challenge. The case of a 78-year-old patient with tumor and pain in the left thigh appearing some months before consultation as first symptoms is reported.

KEY WORDS. Leiomyosarcoma, thigh, magnetic resonance, ultrasound.

El autor manifiesta no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Luciano Fabrizio. La Rioja 951 (C1221ACI), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Tel.: (+54 11) 6208-0471. Correo electrónico: lucianofabrizio88@gmail.com.

Introducción

El leiomiiosarcoma es una neoplasia agresiva derivada del músculo liso cuyo origen habitual es uterino. En su presentación extrauterina, la localización más habitual es retroperitoneal o del tracto gastrointestinal y son infrecuentes los casos originados en las extremidades (1,2). En esa ubicación suelen originarse de las células musculares de la pared de los grandes vasos venosos (principalmente, las venas ilíaca, femoral común, safena magna o poplítea).

Si bien son tumores de mal pronóstico y muy agresivos, su presentación suele ser la de una masa de crecimiento lento e indolora, lo que lleva muchas veces a que se los diagnostique erróneamente como una trombosis o se sospeche un proceso benigno, lo que retrasa su correcto tratamiento. Es fundamental, ante la sospecha de malignidad, confirmar el diagnóstico mediante biopsia y anatomía patológica.

El objetivo de la presentación es comunicar el caso de un paciente masculino que se presentó a la guardia refiriendo dolor y tumefacción del muslo izquierdo de dos meses de evolución. Posteriormente, se confirmó el diagnóstico de leiomiiosarcoma.

Caso clínico

Un paciente de 78 años de edad, con antecedentes de hiperplasia prostática benigna y fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulantes, se presentó en la guardia

refiriendo dolor y un aumento del diámetro del compartimiento posterior de los tercios medio y distal del muslo izquierdo. Al interrogatorio, refirió dolor insidioso de dos meses de evolución, de 10/10 en una escala de dolor, como también pérdida de peso y astenia. Al examen físico se observó una marcada tumoración del muslo izquierdo, con abundante terreno varicoso superficial sin cambios significativos en la coloración de la piel y un edema infrapatelar de miembro inferior homolateral (Figura 1C). Se solicitó un estudio de laboratorio, el cual evidenció un aumento de la lactato deshidrogenasa (LDH) (504 UI/l) como único hallazgo positivo. Se realizó al paciente una radiografía de frente y perfil y una ecografía de piel y partes blandas del muslo izquierdo, como también una ecografía Doppler venosa de miembro inferior homolateral.

La ecografía de piel y partes blandas (Figura 1A) evidenció una voluminosa lesión predominantemente hipoecoica, de aspecto sólido y heterogénea a expensas de áreas anecoicas en su interior. Este hallazgo medía 20 cm × 9 cm × 9 cm (en sus diámetros longitudinal, anteroposterior y axial) y su centro distaba 55 mm de la superficie. Según el estudio Doppler (Figura 1A), el paciente poseía moderada vascularización central y comprimía la vena femoral izquierda y no fue posible delimitar un claro plano de clivaje con ella. También se constató la dilatación de la vena poplítea izquierda con ocupación de su luz por material hipoecoico como signo de trombosis en este nivel. El estudio radiográfico evidenció discreta radioopacidad en la parte posterior del muslo izquierdo sin compromiso de la cortical del fémur (Figura 1B).



Figura 1. A. Ecografía y ecografía Doppler de piel y partes blandas que evidencian una lesión hipoecoica voluminosa de aspecto sólido y heterogéneo con moderada vascularización central. **B.** Radiografía de frente y perfil que muestra discreta radioopacidad en la parte posterior del muslo izquierdo sin compromiso de la cortical femoral. **C.** Tumoración del muslo izquierdo con abundante terreno varicoso superficial. **D.** Biopsia del muslo izquierdo bajo guía ecográfica.

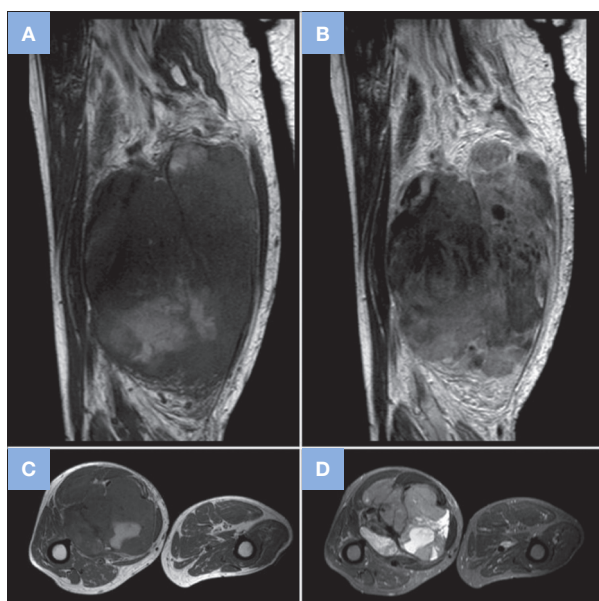


Figura 2. A. ERM de muslo, secuencia T1-coronal. **B.** RM de muslo, secuencia T1 con contraste-coronal. **C.** RM de muslo, secuencia T1-axial. **D.** RM de muslo, secuencia STIR-axial.

Se planteó como primera opción diagnóstica una lesión de origen neoproliferativo y se realizó una resonancia magnética (RM) con gadolinio de la región. Esta evidenció una voluminosa masa de aspecto sólido, quística y de bordes difusos, que se presentaba predominantemente hiperintensa en STIR e hipointensa en T1 con realce heterogéneo luego de la administración de contraste endovenoso (Figura 2). Se ubicaba en el compartimiento posterior del muslo, con extensión hacia el hueso poplíteo y desplazamiento con sutiles cambios de señal de estructuras musculares adyacentes. Se propuso como principal diagnóstico una lesión neoproliferativa de origen sarcomatoso. Posteriormente, mediante una biopsia guiada por ecografía (Figura 1C y D) se confirmó el diagnóstico de leiomioma.

Discusión

Los tumores de partes blandas son un gran grupo heterogéneo de neoformaciones mesenquimales originadas en el tejido graso, el tejido muscular, los nervios periféricos, los vasos sanguíneos y el tejido fibroso (1,3,5). Los tumores malignos son menos frecuentes que los benignos y representan alrededor del 1% de las neoplasias malignas en el adulto. Se caracterizan por su escasa diferenciación, su agresividad regional y su capacidad de metástasis a distancia (1,2).

Si bien no presentan características radiológicas específicas, deben considerarse criterios de malignidad su gran tamaño, su profundidad, sus áreas heterogéneas, su vascularización y el hecho de no presentar un claro plano de clivaje. La exploración mediante ecografía Doppler permite

evaluar su vascularización y el compromiso con estructuras vasculares adyacentes, como también áreas quísticas dentro de ella. El estudio por RM con contraste endovenoso demuestra realce de forma heterogénea y suele ser isointenso con respecto a estructuras musculares en secuencias T1 e hiperintenso en STIR. La presencia de calcificaciones puede asociarse tanto a tumores benignos como a malignos, por lo que no define un criterio de malignidad. El diagnóstico definitivo se logrará mediante la toma de una muestra para su estudio anatomopatológico. Se solicitará una tomografía computarizada (TC) para el estudio sistémico, la búsqueda de metástasis –habitualmente pulmonares– y el seguimiento de la enfermedad (1,5).

Muchas veces, un hallazgo puede simular una masa e incluso evidenciar vascularización y no presentar límites claros sin ser un proceso neoplásico. Son posibles diagnósticos diferenciales las enfermedades reumáticas, las infecciones y las lesiones postraumáticas (hematomas), como también la dilatación vascular asociada a trombosis venosa, lo que lleva a errores diagnósticos y consecuentes tratamientos.

Conclusión

Si bien las neoplasias malignas de partes blandas no tienen una alta tasa de presentación, siempre deben plantearse como diagnósticos diferenciales en el estudio de tumores en las extremidades. El diagnóstico correcto es vital para su manejo, y es primordial el papel del radiólogo para identificar criterios de malignidad e iniciar un manejo adecuado de estas neoplasias. [RAM](#)

Referencias bibliográficas

1. Parizzia W. Metodología diagnóstica en tumores de partes blandas. *Rev Asoc Arg Ortop y Traumatol* vol. 66(2):152-5
2. García del Muro X, Martín J, Maurel J y col. Guía de práctica clínica en los sarcomas de partes blandas. *Med Clin* 2011;136(9):408.e1-408.e18
3. Wu JS, Hochman MG. Soft-tissue tumors and tumor-like lesions: a systematic imaging approach. *Radiology* 2009;253(2):297-316
4. López Parra MD, Acosta Batlle J, Hernández Muñoz S y col. Ecografía musculoesquelética del miembro inferior: rentabilidad diagnóstica. *SERAM* 2014;S-0227:1-37
5. Cegarra-Navarro F, Redondo Carazo MV, Zevallos C y col. Tumores musculoesqueléticos de partes blandas con criterios radiológicos de malignidad y benignidad histológica. *SERAM* 2014;S-0371:1-37