

## ARTÍCULO BREVE

# Leiomioma de vesícula seminal. Presentación de un caso

Concepción Lara Bohórquez\*, Virginia Porras Hidalgo y Pilar Jurado Escámez

Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Infanta Elena, Huelva, España

Recibido el 30 de julio de 2010; aceptado el 23 de febrero de 2011  
Disponible en Internet el 5 de abril de 2011

### PALABRAS CLAVE

Leiomioma;  
Vesícula seminal;  
Sarcoma

### KEYWORDS

Leiomyosarcoma;  
Seminal vesicle;  
Sarcoma

### Resumen

**Objetivos:** El leiomioma de vesícula seminal es un tumor poco frecuente, por lo que existen pocos datos en relación con el tratamiento óptimo, así como el beneficio que aporta el tratamiento adyuvante.

**Métodos y resultados:** Describimos un caso de leiomioma de vesícula seminal en un paciente de 65 años de edad.

**Conclusión:** Los leiomiomas son tumores malignos con mal pronóstico, y la exéresis quirúrgica completa es el tratamiento de elección.

© 2010 SEAP y SEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Leiomyosarcoma of the seminal vesicle. A case report

#### Abstract

**Aims:** Leiomyosarcoma of the seminal vesicle is extremely rare and very little information is available on how best it should be treated. The advantage of adjuvant therapy treatment is unclear.

**Methods and results:** We report a case of leiomyosarcoma arising from the seminal vesicle in a 65-year-old man.

**Conclusion:** Leiomyosarcoma is a malignant neoplasm with a poor prognosis and radical surgical excision is the treatment of choice.

© 2010 SEAP y SEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La estructura de las vesículas seminales se basa en una capa muscular con dos estratos sobre la que se dispone un epitelio constituido por células basales y columnares. Es

plano en la infancia y posteriormente, en la edad reproductiva, toma una disposición alveolar. Es frecuente observar células pleomórficas, fundamentalmente en individuos de edad avanzada, que parecen estar en relación con fenómenos involutivos y que no deben confundirse con malignidad; por otra parte, la presencia de pigmento lipofuscínico en el citoplasma, característico de este epitelio, permite identificarlas<sup>1</sup>.

Las vesículas seminales suelen afectarse de forma secundaria por neoplasias de órganos vecinos como la próstata o

\* Autora para correspondencia.  
Correo electrónico: clarab@andaluciajunta.es  
(C. Lara Bohórquez).

la vejiga urinaria. Los tumores mesenquimales primarios de vesícula seminal son poco frecuentes, y resulta difícil definir su origen, ya que suelen extenderse a estructuras pélvicas adyacentes<sup>2-4</sup>.

Las células musculares lisas están distribuidas por todo el organismo y forman parte de la pared del tracto gastrointestinal, del tracto genitourinario y del tracto respiratorio. Los leiomiomas son tumores benignos de la vida adulta, con mayor incidencia en el sexo femenino, que pueden plantear el diagnóstico diferencial con otros sarcomas como el fibrosarcoma, el liposarcoma poco diferenciado, el tumor maligno de vaina nerviosa periférica o el rhabdomioma<sup>5</sup>.

La mayoría de los tumores de vesícula seminal son asintomáticos, aunque pueden presentarse con dolor pélvico y síntomas obstructivos urinarios o rectales<sup>2,3</sup>.

Presentamos un caso de leiomioma de vesícula seminal en un paciente de 65 años de edad con masa retrovesical, y se discute el diagnóstico diferencial y las características clínico-patológicas.

## Presentación del caso

Varón de 65 años de edad con antecedentes personales de EPOC e intervención hace 10 años de nódulo de cuerdas vocales que acude a consulta por cuadro de molestias perianales con tenesmo vesical y rectal, hematuria y síndrome constitucional de varios meses de evolución. En la exploración se palpa masa pélvica en fosa ilíaca izquierda e hipogastrio, y en la analítica realizada se detecta un aumento de marcadores tumorales (CEA y Ca 19.9)

En la ecografía abdominal se observa una gran masa, sólida, de aproximadamente 16 × 12 cm de diámetro, que rechaza estructuras, de localización retrovesical, con desplazamiento anterior de la vejiga, llegando a contactar con el borde sacro y encontrándose bien delimitada. Se realiza colonoscopia para descartar un posible origen rectal de la neoplasia, con toma de biopsia que es negativa para malignidad.

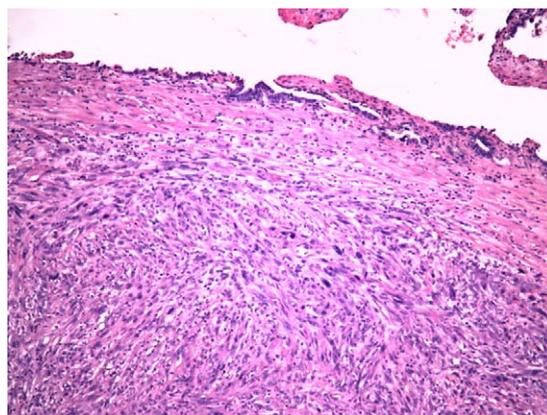
Con el diagnóstico de probable sarcoma, se realiza intervención quirúrgica con toma de biopsia intraoperatoria que fue diagnosticada de sarcoma, realizándose extirpación de la tumoración pélvica situada entre la vejiga y el recto.

Se trata de una neoformación redondeada, bien delimitada, de 17 × 12 cm de diámetro, que parece delimitada por una fina cápsula fibrosa. Al corte, la superficie es carnosa con extensas áreas amarillentas de aspecto necrótico, y áreas de mayor consistencia, blanquecinas, de aspecto fibroso (fig. 1).

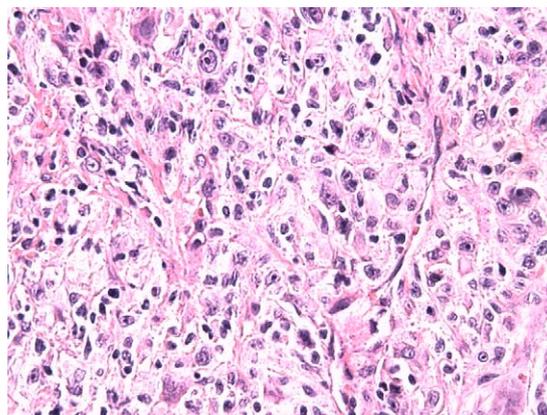
En el estudio microscópico, el tumor está constituido por células fusiformes y epitelioides con marcado pleomorfismo nuclear, con un recuento de mitosis de 10 mitosis/10 campos de gran aumento y extensas áreas de necrosis, reconociéndose restos de vesícula seminal inmersas en el tumor (figs. 2 and 3). Se plantea el diagnóstico diferencial de histiocitoma fibroso maligno, leiomioma, sarcoma sinovial y sarcoma epitelioides. Se realiza estudio inmunohistoquímico para la determinación de vimentina, CD34, actina músculo liso específica, desmina, CD68, EMA, citoqueratinas de amplio espectro y Ki67 (Master Diagnostic, Granada, España), observándose expresión de marcadores propios de los tumores de músculo liso (actina, desmina,



**Figura 1** Neoformación redondeada, bien delimitada por una fina cápsula de aspecto fibroso. Pieza macroscópica.



**Figura 2** Tumoración constituida por células fusiformes con marcado pleomorfismo nuclear en relación con pared de vesícula seminal (hematoxilina-eosina, ×20).



**Figura 3** Células con marcado pleomorfismo nuclear y frecuentes figuras de mitosis (hematoxilina-eosina, ×40).

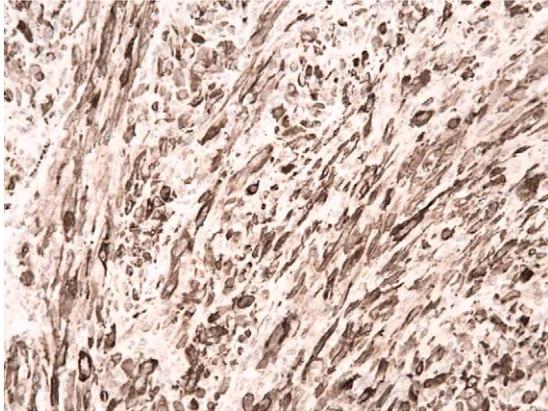
vimentina) (fig. 4), con ausencia del resto de marcadores, y alto índice de proliferación (Ki67 80%).

## Discusión

Los sarcomas pélvicos en varones son infrecuentes, y la localización más común es la próstata, representando el 0,1-0,2% de todos los tumores prostáticos<sup>2</sup>.

**Tabla 1** Casos descritos de leiomiosarcoma de vesícula seminal. Revisión de la literatura (1969-2011)

|                                | Diferenciación | Edad (años) | Localización | Tratamiento             |
|--------------------------------|----------------|-------------|--------------|-------------------------|
| Agrawal V et al                | Moderada       | 37          | Derecha      | Cirugía y quimioterapia |
| Suzuki T et al <sup>7</sup>    | -              | 72          | Derecha      | Cirugía                 |
| Upreti L et al                 | -              | 46          | Derecha      | Cirugía                 |
| Muentener M et al              | Alto grado     | 64          | Izquierda    | Cirugía                 |
| Amirkhan RH et al <sup>8</sup> | Alto grado     | 68          | Derecha      | Cirugía                 |

**Figura 4** Inmunotinción con actina músculo liso específica generalizada ( $\times 40$ ).

Los tumores primarios de vesícula seminal son raros, y la mayoría de los casos descritos corresponden a carcinomas, siendo excepcionales los tumores mesenquimales malignos. Muchos de los casos descritos han sido cuestionados, en relación con su origen, por la tendencia de estas neoplasias a invadir estructuras adyacentes, quedando la duda de si se trata de tumores primarios de vesícula seminal que infiltran estructuras vecinas o un tumor mesenquimal maligno del espacio retrovesical que engloba en su crecimiento a las vesículas seminales<sup>2-4</sup>. Dado que los tumores malignos primarios de vesícula seminal terminan infiltrando las estructuras adyacentes (próstata, vejiga, uréter o intestino grueso), y teniendo en cuenta que los procesos patológicos en estas estructuras son más frecuentes que los de la vesícula seminal, parece existir consenso en la literatura en etiquetar como masa retrovesical toda neoformación de gran tamaño localizada en la cara posterior de la vejiga<sup>6</sup>.

Estas masas retrovesicales no suelen presentar sintomatología específica, apareciendo dichos síntomas cuando la lesión alcanza gran tamaño. La evaluación se puede realizar mediante pielografía intravenosa, histograma o enema de bario que ponen de manifiesto el desplazamiento de la vejiga y del intestino grueso por una masa extrínseca, la vesiculografía seminal, sonografía, ultrasonografía transrectal o TAC<sup>3,6</sup>. En nuestro caso la neoplasia no infiltra estructuras adyacentes y engloba la vesícula seminal, asumiéndose, por tanto, un origen en dicha localización.

Entre las neoplasias primarias de vesícula seminal, tanto benignas como malignas, las más frecuentes son las epiteliales, como el cistadenoma o el adenocarcinoma. Otras lesiones que se han descrito en esta localización

son el cistosarcoma phyllodes, el leiomiosarcoma y lesiones pseudotumorales, como hematomas, quistes, hiperplasia fibromuscular o amiloidosis<sup>1</sup>.

Los leiomiosarcomas representan el 5-10% de los sarcomas de partes blandas, y su localización en vesícula seminal es excepcional. Son tumores de la vida adulta y, en general, más frecuentes en el sexo femenino. Los criterios utilizados para el diagnóstico de malignidad en tumores de músculo liso son el tamaño, la celularidad, la atipia, la necrosis y la actividad mitótica. Dado los pocos casos descritos de leiomiosarcoma en la vesícula seminal, el número de mitosis a partir del cual se considera maligno un tumor de músculo liso en esta localización es incierto; en nuestro caso, el número de mitosis fue de 10 mitosis/10 campos de gran aumento, presentando otros criterios de malignidad como tamaño, necrosis y marcada atipia citológica.

Los leiomiosarcomas retroperitoneales son considerados tumores con alta agresividad, de forma que causan la muerte no sólo por su extensión metastásica, más frecuente hacia el pulmón y el hígado, sino por su extensión locorregional<sup>5</sup>. En los pocos casos descritos en la literatura en vesícula seminal (tabla 1) se realizó extirpación quirúrgica completa y se describen libres de enfermedad en periodos que oscilan entre uno y dos años tras la cirugía<sup>2-4</sup>. En nuestro caso, el paciente falleció 4 meses tras la intervención con recidiva locorregional.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Bibliografía

1. Algaba F, Moreno A, Trias I. Uropatología tumoral. En: Tumores del testículo y sus anejos, capítulo V. Barcelona: Grafos Press; 1996. P. 350-351.

2. Agrawal V, Kumar S, Sharma D, Singh UR, Gupta A. Primary leiomyosarcoma of the seminal vesicle. *Int J Urol*. 2004;11:253-5.
3. Upreti I, Bhargava SK, Kumar A. Imaging of primary leiomyosarcoma of the seminal vesicle. *Australas Radiol*. 2003;47:70-2.
4. Muentener M, Hailemariam S, Dubs M, Hauri D, Sulser T. Primary leiomyosarcoma of the seminal vesicle. *J Urol*. 2000;164:2027.
5. Enzinger and Weiss's. *Soft Tissue Tumors*. En: *Leiomyosarcoma*, Chapter 19. St Louis: Mosby; 2001. p. 727-46.
6. Dahms SE, Hohenfellner M, Linn JF, Eggersmann C, Haupt G, Thuroff JW. Retrovesical mass in men: pitfalls of differential diagnosis. *J Urol*. 1999;161:1244-8.
7. Suzuki T, Karabayashi T, Abe T, Sazawa A, Shinohara N, Nonomura K. Case of primary leiomyosarcoma of the seminal vesicle. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi*. 2009; 100:703-6.
8. Amirkhan RH, Molberg KH, Wiley EL, Nurenberg P, Sagalowsky AI. Primary leiomyosarcoma of the seminal vesicle. *Urology*. 1994; 44:132-5.