
RELATO DE CASO

Leiomioma atípico de útero: relato de caso

Elisabeth Grubba Richter¹, Leonora Zozula Blind Pope², Adriana Moro³, Juliana Barros do Valle³

Resumo

O leiomioma atípico, também conhecido como leiomioma bizarro ou simplástico, é uma neoplasia do músculo liso do útero que contém uma variedade de células musculares lisas gigantes com múltiplos núcleos pleomórficos e com cromatina grumosa. Seu potencial biológico é determinado pelo índice mitótico e necrose tumoral, estimando-se como malignos aqueles com áreas de necrose ou aqueles com 10 ou mais figuras de mitoses por 10 campos de grande aumento. Considerando um novo caso de leiomioma atípico de útero e revisão de literatura, os aspectos clínicos e patológicos dessa neoplasia são descritos.

Descritores: 1. *Leiomioma atípico;*
2. *Células musculares lisas gigantes;*
3. *Núcleos pleomórficos;*
4. *Cromatina grumosa;*
5. *Figuras de mitose;*
6. *Necrose tumoral.*

Abstract

Atypical leiomyoma also known as bizarre or symplastic leiomyoma is a smooth muscle tumor of the uterus that contains a variety of giant smooth muscle cells with multiple pleomorphic nuclei and clumping chromatin. It's biological potential is determined by mitotic index and tumor necroses, considering as malignant those with 10 or more MF/ 10HPF. Considering a new case of atypical leiomyoma of the uterus and revision of the disease, clinical and pathological aspects are described.

Keywords: 1. *Atypical leiomyoma;*
2. *Giant smooth muscle cells;*
3. *Clumping chromatin;*
4. *Mitotic index;*
5. *Tumor necroses.*

Introdução

O leiomioma é o mais comum de todos os tumores benignos do útero, ocorrendo em aproximadamente 20 – 40% das mulheres em idade reprodutiva.^{1,2} Tem origem em células do músculo liso, embora em alguns casos a musculatura lisa de vasos sanguíneos uterinos possa originá-los.² Atingem principalmente o corpo do útero, podendo, porém, ser encontrados no colo, ligamentos uterinos e, raramente, no ovário.^{3,4} Estudos relatam o acometimento de outros sítios, como o trato digestivo, pele, subcutâneo, nariz, seios paranasais, região bucal e tecido pulmonar.⁵

Em 0,5 a 1% dos tumores, observam-se quadros histológicos atípicos em relação ao padrão do leiomioma

1. Docente da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia pelo Departamento de Medicina da Universidade da Região de Joinville, Mestre em Saúde em Meio Ambiente.

2. Docente da disciplina de Patologia pelo Departamento de Medicina da Universidade da Região de Joinville, Especialista em Anatomia Patológica.

3. Acadêmicas do 4º ano do Curso de Medicina.

Departamento de Medicina - Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE
Serviço de Anatomia Patológica - Hospital Dona Helena.

comum. O leiomoma bizarro, também conhecido como atípico, simplástico ou pleomórfico, é mais comumente encontrado no estômago e raramente no útero.⁶ É caracterizado pela presença de células gigantes, com núcleos pleomórficos, aumentados e muitas vezes múltiplos, com cromatina grumosa.⁷ As células multinucleadas podem ser encontradas focalmente, multifocalmente ou difusamente na lesão e podem ocupar mais de 25% do tumor na maioria dos casos.³ Em estudo de 24 casos de leiomoma atípico, 50% apresentaram células distribuídas difusamente no tumor. Esses tumores frequentemente associavam-se à degeneração, edema e transformação hialina, estando ausentes de células com necrose coagulativa.⁸ O estudo das características histológicas é de fundamental importância para o diagnóstico diferencial com o leiomiossarcoma e outros tumores mesenquimais.¹

Devido à raridade da lesão, relata-se um caso adicional de leiomoma atípico de útero, encontrado em paciente com 57 anos.

Relato do caso

Paciente WB, 57 anos, casada, em acompanhamento ginecológico desde os 33 anos de idade. Menarca aos 13 anos, GII PII, ciclos regulares em uso de anticoncepcional oral. Em 1994, aos 47 anos, apresentou sintomas climatérios, quando foi iniciada terapia hormonal. Até 2002 a paciente permaneceu em acompanhamento clínico e ultra-sonográfico dentro dos padrões da normalidade, quando foi encontrada massa cística em ovário esquerdo, com 4,0 x 3,0cm de diâmetro. Foi submetida à anexectomia esquerda por vídeo-laparoscopia e diagnóstico anátomo-patológico revelou endometriose. Em outubro de 2003, ainda em terapia hormonal, apresentou queixas de dor contínua em fossa ilíaca esquerda e útero doloroso ao toque vaginal. O exame ecográfico transvaginal demonstrou volume uterino de 281cm³ e imagem sólida, hiperecótica, junto ao paramétrio esquerdo, com 6,7x 5,4x 6,2 cm. Efetuou-se histerectomia abdominal total e anexectomia direita, em janeiro de 2004. No ato cirúrgico procedeu-se a exérese da tumoração subserosa em paramétrio esquerdo, antes de realizar os tempos cirúrgicos da histerectomia propriamente dita.

O exame anátomo-patológico das peças cirúrgicas revelou útero pesando 105g e medindo 9,0 x 6,5 cm. A cérvix mediu 3,0 cm de comprimento e 2,5 cm de diâmetro, sendo revestida por mucosa lisa e brilhante, centrada por um orifício em fenda. O canal cervical de pre-

gueamento conservado era recoberto por muco e o corpo uterino apresentava forma e volume habitual. A parede uterina constituía-se por miométrio medindo 2,0 cm, de aspecto fasciculado com presença de diminutas cavidades de material hemorrágico. Acompanhou nódulo pesando 55g, e medindo 5,0 x 5,0 x 4,5 cm, esbranquiçado, turbilhonado e de consistência firme, sem sinais de necrose correspondente à tumoração subserosa em paramétrio esquerdo.

O exame histológico revelou útero, ovário e tuba direita dentro dos padrões da normalidade. No anátomo-patológico do nódulo: neoplasia mesenquimal, constituída pela proliferação de fibras musculares lisas, dispostas em feixes entrecruzados multidirecionados (figura 1). Notou-se presença difusa de células com núcleos volumosos, hipercromáticos, pleomórficos, bizarros e com nucléolos evidentes (figura 2). Ausência de áreas de necrose ou atividade mitótica.

Figura 1 - Neoplasia constituída por proliferação de células musculares lisas, dispostas em feixes. Algumas células têm núcleos aumentados e irregulares. (HE, 200X).

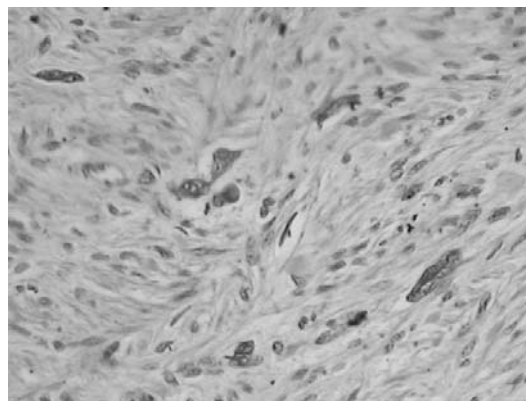
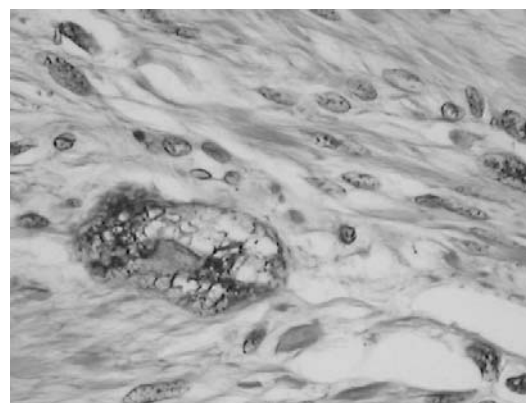


Figura 2 - Células fusiformes com núcleos pleomórficos. (HE, 400X).



Discussão

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os tumores benignos do músculo liso são classificados em leiomiomas e angioleiomiomas, enquanto que os tumores de músculo liso benignos de útero são classificados em leiomiomas, leiomiomas celulares, leiomiomas atípicos, leiomioblastomas (leiomioma epitelióide), leiomiomatose intravascular, leiomioma metastatizante benigno, leiomiomatose difusa e leiomioma mixoide.⁶

Não existe na literatura um esquema uniforme e rígido de classificação dos leiomiomas uterinos e o que existe visa a praticidade semiológica, a orientação terapêutica e o ordenamento didático.¹ A exemplo, Kurman & Norris sugerem agrupar as neoplasias do músculo liso do útero que apresentam atipias em uma única entidade. A exemplo, os leiomiomas bizarros, epitelióides e celulares apresentam conformidade quanto à relação entre seus fatores de desenvolvimento.⁹

De modo geral, utiliza-se a presença de áreas de necrose e o número de figuras de mitose por 10 campos de grande aumento como critérios de malignidade. A presença de atipias celulares associadas a áreas de necrose coagulativa, classificam o tumor como leiomiossarcoma. Na ausência de necrose coagulativa, o critério de malignidade será a atividade mitótica. O limite entre as categorias benigna e maligna é geralmente estabelecido em 10 FM/10 CGA, enquadrando-se nessa faixa de benignidade as neoplasias com até 10 FM/10 CGA e que apresentam atipias ou padrão epitelióide, reconhecidas como leiomioma atípico.¹⁰ Os tumores apresentando atipias difusas e taxa mitótica acima de 10 classificam-se como leiomiossarcomas. Kurman & Norris encontraram dois de três casos metastatizantes com 2 FM/10 CGA e o terceiro apresentando 11 FM/10 CGA. As margens infiltrativas do tumor e a extensão da área necrótica correlacionaram melhor com malignidade do que tamanho e atividade mitótica.⁹

Em certos casos, como durante a terapêutica estro-progestagênica, na gravidez e em degenerações tumorais, o número de mitoses pode estar elevado.^{1,11} Dessa forma, a literatura defende a associação entre estrogênios e o desenvolvimento de miomas, caracterizando-os como estrógeno-dependentes. O crescimento máximo ocorre durante a vida reprodutiva da mulher, demonstrando pico de crescimento na década anterior à menopausa. Sabe-se que os

receptores desse hormônio encontram-se em maior concentração nos miomas uterinos do que no restante do miométrio. Estudos que têm comparado a expressão gênica no leiomioma com o miométrio normal demonstram que essa neoplasia apresenta expressão anormal do gene, resultando em um nível aumentado desse hormônio durante a fase estrogênica do ciclo menstrual.^{2,3}

O leiomioma atípico não origina sintomas específicos diferentes daqueles vistos nos leiomiomas típicos do útero. Sangramento irregular é, com frequência, o primeiro sintoma, mas corrimento vaginal sanguinolento, massa abdominal e dor pélvica podem também ocorrer. Entretanto, alguns casos podem ser assintomáticos.⁹

Baseado em achados da paciente, juntamente com a literatura, os autores concluem que tumores uterinos de músculo liso, com predominância de células atípicas são raros e que o aumento rápido do volume uterino na mulher após a menopausa deve alertar o clínico para o diagnóstico diferencial de mioma uterino com entidades patológicas menos frequentes, como o leiomioma atípico, ou malignas, como o leiomiossarcoma.

Referências Bibliográficas

- 1 - Duarte G. Doenças benignas do corpo do útero. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 1274.
- 2 - Wallach EE, Vlahos NF. Uterine myomas: an overview of development, clinical features, and management. *Obstetrics & Gynecology* 2004;104:393-406.
- 3 - Robboy SJ, Anderson MC, Russell P. Pathology of the female reproductive tract. 1st ed. London: Churchill Livingstone; 2002. p. 389.
- 4 - Losch A, Haider-Angeler MG, Kainz C, Breitencker G, Lahodny J. Leiomyoma of the round ligament in a postmenopausal woman. *Maturitas* 1999;31:133-5.
- 5 - Fonseca MT, Araujo PAK, Barreiros AC. Leiomioma de seio paranasal: relato de um caso e revisão de literatura. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2002;68:436-9.
- 7 - Klunder KB, Svanholm H, Poul CHR. Uterine bizarre leiomyoma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1982;61:121-3.
- 8 - Kempson RL, Hendrickson MR. Pure mesenchymal neoplasms of the uterine corpus: selected problems. *Seminars Diag Pathol* 1988;5:172-98.

- 9 - Downes KA, Hart WR. Bizarre leiomyomas of the uterus: a comprehensive pathologic study of 24 cases with long-term follow-up. *Am Journal of Surgical Pathology* 1997;21:1261-70.
- 10 - Kurman R J, Norris H J. Mesenchymal tumors of the uterus. VI. Epithelioid smooth muscle tumors including leiomyoblastoma and clear-cell leiomioma. *Cancer* 1976;37:1853-65.
- 11 - Soares F A, Landell G A M, Freitas MMS. Atypical uterine leiomyoma. Report of a case with severe atypias and follow-up for five years. *J Bras Ginec* 1990;100:163-5.
- 12 - Zaloudek C, Norris H J. Mesenchymal tumors of the uterus. In: Kurmann RJ. *Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract*. Springer - Verlag. 1995;13:487-528.

Endereço para correspondência:

Dra. Elisabeth Grubba Richter
Rua: Criciúma, 354.
Joinville, Santa Catarina.
CEP: 89204-250
Fone/Fax: (0XX47) 4330177
E-mail: egrichter@terra.com.br