

Manuscript Number: PATOLOGIA-D-10-00028R3

Title: Leiomiosarcoma de vesícula seminal. Presentación de un caso.

Article Type: Artículo breve

Keywords: Palabras clave: Leiomiosarcoma; Vesícula seminal.

Keywords: Leiomyosarcoma; Seminal vesicle.

Corresponding Author: CONCEPCION LARA BOHORQUEZ,

Corresponding Author's Institution: HOSPITAL INFANTA ELENA

First Author: Lara Bohorquez, Dr

Order of Authors: Lara Bohorquez, Dr; Porras Hidalgo; Jurado Escamez

Abstract: RESUMEN:

OBJETIVOS: El leiomiosarcoma 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. METODOS Y RESULTADOS: Describimos un caso de leiomiosarcoma de vesícula seminal en un paciente de 65 años de edad. CONCLUSIÓN: Los leiomiosarcomas son tumores malignos con mal pronóstico, y la exéresis quirúrgica completa es el tratamiento de elección.

ABSTRACT:

OBJECTIVE: Leiomyosarcoma of the seminal vesicle is extremely rare. Data on optimum treatment of these tumors are limited and the benefit of adjuvant treatment is uncertain. METHODS AND RESULTS: We report a case of leiomyosarcoma arising from the seminal vesicle in a 65-years-old male patient. CONCLUSION: leiomyosarcoma a malignant neoplasm associated with a poor prognosis, and radical surgical excision offers the best chance for cure.

Suggested Reviewers: GONZALEZ CAMPORA

GARCÍA CANTÓN

PALACIOS CALVO

Response to Reviewers: Estimados revisores:

Se adjunta respuestas a las indicaciones recibidas.

1º Revisor:

- El diagnóstico intraoperatorio fue de sarcoma. Lo hemos incluido en la descripción del caso.
- Se ha incluido , así mismo, el conteo de mitosis en la descripción del caso.
- Se ha completado el pie de figura 3 “ tumoración constituida por células fusiformes con marcado pleomorfismo nuclear en relación con pared de vesícula seminal”
- Se ha añadido dos nuevas figuras ,correspondientes a hematoxilina-eosina a mayor aumento ( Fig 3) y tinción inmunohistoquímica ( Fig 4).
- Se corrige error tipográfico: “neoadyugante” en el resumen.

2º Revisor:

- Se ha realizado una revisión de los casos descritos en la literatura y se ha realizado una tabla con los resultados más relevantes. (Tabla 1)
- Se ha eliminado la figura 1 (ecografía) y se han añadido las figuras 3 ( HE mayora aumento) y figura 4 ( inmunohistoquímica)
- Se ha realizado revisión de la redacción y normas bibliográficas.

Un cordial saludo.

Sr Director de la Revista Española de Patología:

Le envío el manuscrito titulado “ Leiomiosarcoma de vesícula seminal. Presentación de un caso” para su valoración en la sección de casuística.

**TITULO**

**Leiomiosarcoma de vesícula seminal. Presentación de un caso**

**AUTORES**

Concepción Lara Bohórquez	DNI	29765991	clarab@andaluciajunta.es
Virginia Porras Hidalgo	DNI	31832248	
Pilar Jurado Escamez	DNI	45279566	

**MANUSCRITO:**

número de páginas: 6

Número de figuras: 3

Número de citas bibliográficas: 6

**SECCION :** Casuística

**CENTRO**

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Elena . Huelva.

**CORRESPONDENCIA**

C. Lara Bohórquez

Serv. Anatomía Patológica. Hospital Infanta Elena.

Carretera Sevilla-Huelva s/n 21080 HUELVA

Correo electrónico: [clarab@andaluciajunta.es](mailto:clarab@andaluciajunta.es)

Teléfono: 959015209

Todos los autores se responsabilizan del contenido del texto y figuras y declaran que el artículo no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado para su publicación simultáneamente y se cede a REVISTA ESPAÑOLA DE PATOLOGIA la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a permitir la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones.

C. Lara

V. Porras

P Jurado

LEIOMIOSARCOMA DE VESICULA SEMINAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Concepción Lara Bohórquez, Virginia Porras Hidalgo, Pilar Jurado Escámez.

Serv. de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Elena. Huelva. España.

Correspondencia:

C. Lara Bohórquez

Serv. Anatomía Patológica. Hospital Infanta Elena

Carretera Huelva-Sevilla 21080 Huelva. España

Tfno: 959015209

clarab@andaluciajunta.es

LEIOMIOSARCOMA DE VESÍCULA SEMINAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

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. METODOS 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.

PALABRAS CLAVE: Leiomioma. Vesícula seminal

ABSTRACT:

OBJECTIVE: Leiomyosarcoma of the seminal vesicle is extremely rare. Data on optimum treatment of these tumors are limited and the benefit of adjuvant treatment is uncertain. METHODS AND RESULTS: We report a case of leiomyosarcoma arising from the seminal vesicle in a 65-years-old male patient. CONCLUSION: leiomyosarcoma a malignant neoplasm associated with a poor prognosis, and radical surgical excision offers the best chance for cure.

KEY WORDS: Leiomyosarcoma. Seminal vesicle

## INTRODUCCION

1  
2 La estructura de las vesículas seminales se basa en una capa muscular con dos  
3  
4 estratos sobre la que se dispone un epitelio constituido por células basales y columnares,  
5  
6 plano en la infancia y posteriormente, en edad reproductiva, toma una disposición  
7  
8 alveolar. Es frecuente observar células pleomórficas, fundamentalmente en individuos  
9  
10 de edad avanzada, que parecen estar en relación con fenómenos involutivos y que no  
11  
12 deben confundirse con malignidad; por otra parte, la presencia de pigmento  
13  
14 lipofucsínico en el citoplasma, característico de este epitelio, permite identificarlas (1).  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21

22 Las vesículas seminales suelen afectarse de forma secundaria por neoplasias de  
23  
24 órganos vecinos como la próstata o la vejiga urinaria. Los tumores mesenquimales  
25  
26 primarios de vesícula seminal son poco frecuentes, siendo difícil definir su origen ya  
27  
28 que suelen extenderse a estructuras pélvicas adyacentes(2-4).  
29  
30  
31

32 Las células musculares lisas están distribuidas por todo el organismo y forman  
33  
34 parte de la pared del tracto gastrointestinal, genitourinario y tracto respiratorio. Los  
35  
36 leiomiomas son tumores benignos de la vida adulta, con mayor incidencia en el  
37  
38 sexo femenino, que puede plantear el diagnóstico diferencial con otros sarcomas como  
39  
40 el fibrosarcoma, liposarcoma poco diferenciado, tumor maligno de vaina nerviosa  
41  
42 periférica o rhabdomiosarcoma(5).  
43  
44  
45  
46  
47

48 La mayoría de los tumores de vesícula seminal son asintomáticos, aunque  
49  
50 pueden presentarse con de dolor pélvico y síntomas obstructivos urinarios o  
51  
52 rectales(2,3).  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

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

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

## PRESENTACION DEL CASO

Paciente 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 iliaca 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 16x12 cm de diámetro, que rechaza estructuras, de localización retrovesical, con desplazamiento anterior de la vejiga, llegando a contactar con 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 fué diagnosticada de sarcoma, realizándose extirpación de tumoración pélvica situada entre vejiga y recto.

Se trata de una neoformación redondeada, bien delimitada, de 17x12 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 epiteliodes con marcado pleomorfismo nuclear, con un contaje de mitosis de 10 mitosis/10 campos de gran aumento y extensas áreas de necrosis, reconociéndose restos de vesícula seminal inmersas en el tumor (Fig. 2,3). Se plantea el diagnóstico diferencial de histiocitoma fibroso maligno, leiomiomasarcoma, sarcoma sinovial y



1 sarcoma epitelióide. Se realiza estudio inmunohistoquímico para determinación de  
2 vimentina, CD34, actina músculo liso específica, desmina, CD68, EMA, citoqueratinas  
3  
4 de amplio espectro y Ki67 ( Master Diagnostic. Granada. España ), observándose  
5  
6 expresión de marcadores propios de los tumores de músculo liso (actina, desmina,  
7  
8 vimentina) (Fig. 4), con ausencia del resto de marcadores, y alto índice de proliferación  
9  
10 (Ki67 80%).  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

## DISCUSION

1  
2 Los sarcomas pélvicos en varones son infrecuentes, siendo la localización más  
3  
4 común la próstata, representando el 0,1-0,2% de todos los tumores prostáticos(2).  
5  
6

7 Los tumores primarios de vesícula seminal son raros, y la mayoría de los casos  
8  
9 descritos corresponden a carcinomas, siendo excepcionales los tumores mesenquimales  
10  
11 malignos. Muchos de los casos descritos han sido cuestionados, en relación a su origen,  
12  
13 por la tendencia de estas neoplasias a invadir estructuras adyacentes, quedando la duda  
14  
15 de si se trata de tumores primarios de vesícula seminal que infiltran estructuras vecinas  
16  
17 o un tumor mesenquimal maligno del espacio retrovesical que engloba en su  
18  
19 crecimiento a las vesículas seminales(2-4). Dado que los tumores malignos primarios de  
20  
21 vesícula seminal terminan infiltrando las estructuras adyacentes, próstata, vejiga, ureter  
22  
23 o intestino grueso; y teniendo en cuenta, que los procesos patológicos en estas  
24  
25 estructuras son más frecuentes que los de la vesícula seminal, parece existir consenso en  
26  
27 la literatura en etiquetar como masa retrovesical toda neoformación de gran tamaño  
28  
29 localizada en la cara posterior de la vejiga(6).  
30  
31  
32  
33  
34  
35

36 Estas masas retrovesicales no suelen presentar sintomatología específica,  
37  
38 apareciendo dichos síntomas cuando la lesión alcanza gran tamaño. La evaluación se  
39  
40 puede realizar mediante pielografía intravenosa, histograma o enema de bario que ponen  
41  
42 de manifiesto el desplazamiento de la vejiga y del intestino grueso por una masa  
43  
44 extrínseca, la vesiculografía seminal, sonografía, ultrasonografía transrectal o TAC(3,6).  
45  
46 En nuestro caso la neoplasia no infiltra estructuras adyacentes y engloba la vesícula  
47  
48 seminal, asumiéndose , por tanto, un origen en dicha localización.  
49  
50  
51  
52

53 Entre las neoplasias primarias de vesícula seminal, tanto benignas como  
54  
55 malignas, las más frecuentes son las epiteliales como el cistadenoma o el  
56  
57 adenocarcinoma. Otras lesiones que se han descrito en esta localización son el  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

cistosarcoma phyllodes, leiomiosarcoma, y lesiones pseudotumorales como hematomas, quistes, hiperplasia fibromuscular o amiloidosis(1).

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, celularidad, atipia, necrosis y actividad mitótica. Dado los pocos casos descritos de leiomiosarcoma en 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 solo por su extensión metastásica, más frecuente a pulmón e hígado, sino por su extensión locorregional(5). En los pocos casos descritos en la literatura en vesícula seminal (Tabla 1), se realizó extirpación quirúrgica completa y se describen libre de enfermedad en periodos que oscilan entre uno y dos años tras la cirugía(2-4). En nuestro caso el paciente fallece cuatro meses tras la intervención con recidiva locorregional.

## BIBLIOGRAFÍA :

1. F. Algaba, A. Moreno, I Trias. "Uropatología tumoral". Capítulo V. Tumores del testículo y sus anejos. Grafos Press: Spain 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;(4):253-5.
3. Upreti I, Bhargava SK, Kumar A. Imaging of primary leiomyosarcoma of the seminal vesicle. Australas Radiol. 2003; 47: 70-2.
4. Muenetner 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". Chapter 19. Leiomyosarcoma. Fourth ed. Mosby, St Louis, 2001. p 727-746
6. Stefan E. Dahms et al. Retrovesical mass in men: pitfalls of differential diagnosis. J. Urol. 1999;161:1244-1248.

1  
2 Fig. 1: Neoformación redondeada, bien delimitada por una fina cápsula de aspecto  
3 fibroso. Pieza macroscópica.  
4

5  
6  
7 Fig. 2: Tumoración constituida por células fusiformes con marcado pleomorfismo  
8 nuclear en relación con pared de vesícula seminal. Hematoxilina-eosina 20x.  
9

10  
11 Fig. 3: Células con marcado pleomorfismo nuclear y frecuentes figuras de mitosis.  
12 Hematoxilina-eosina 40x  
13

14 Fig. 4: Inmunotinción con actina músculo liso específica generalizada. (40x)  
15  
16

17  
18  
19  
20  
21 Tabal 1. Casos descritos de leiomiomas de vesícula seminal (Revisión de la  
22 literatura 2011-1969)  
23

24  
25  
26

	Diferenciación	Edad	Localización	Tratamiento
Agrawal V. et al	Moderada	37	derecha	cirugía y quimioterapia
Suzuki T. et al	-	72	derecha	cirugía
Upreti L et al	-	46	derecha	cirugía
Muentener M et al	Alto grado	64	izquierda	cirugía
Amirkhan RH et al	Alto grado	68	derecha	cirugía

27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Figura3  
[Click here to download high resolution image](#)

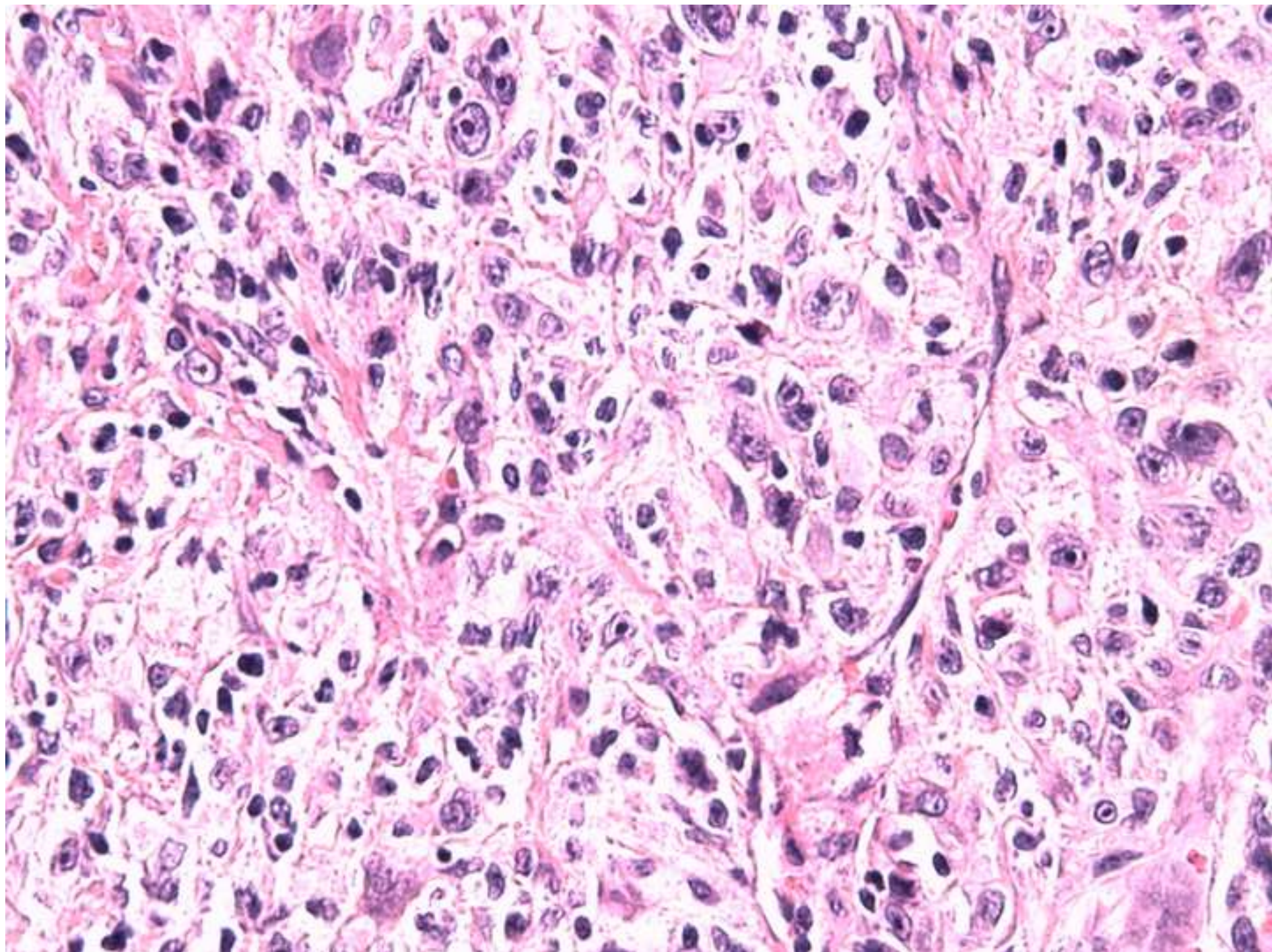


Figura4  
[Click here to download high resolution image](#)

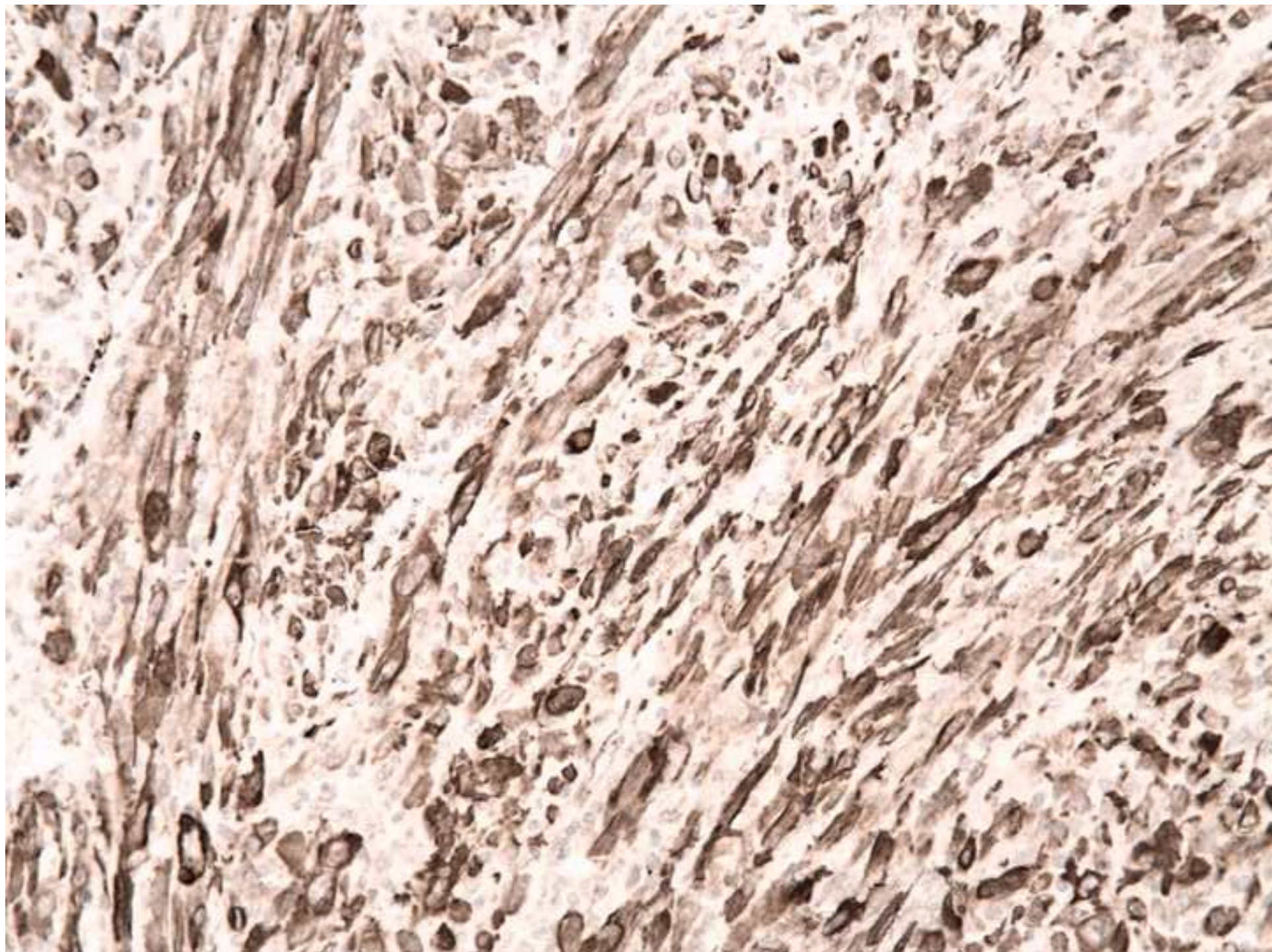


Figura1

[Click here to download high resolution image](#)





Figura2

[Click here to download high resolution image](#)

