

Extraperitoneal leiomyoma of the round ligament – case report Fibromioma extra-peritoneal do ligamento redondo – caso clínico

Ana Carocha*, Vânia Ribeiro*, Vera Cunha**, Elsa Delgado***, Carlos Marques****
Centro Hospitalar de Lisboa Central – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Abstract

Fibromyoma of the round ligament should be considered as a possible etiology for a large preperitoneal tumor. We report a case of a 44-year-old female who was found to have a fibroleiomyoma that measured 14 cm, weighed 3599 gr and had grown in the abdominal wall between the muscle and the peritoneum, taking as its starting point the right round ligament.

Keywords: Leiomyoma; Round ligament; Case report.

INTRODUÇÃO

Os miomas uterinos (também conhecidos como leiomiomas ou fibromas uterinos) são os tumores pélvicos sólidos mais frequentes nas mulheres, ocorrendo em 20–40% das mulheres em idade reprodutiva¹.

No entanto os miomas do ligamento redondo do útero são muito raros e podem ter uma localização abdominal, inguinal ou vulvar².

A maior série que existe sobre tumores do ligamento redondo consiste em 25 casos descritos por Breen and Neubecker, 6 dos quais eram fibromiomas³.

Os autores publicam o segundo caso clínico descrito na literatura de um mioma do ligamento redondo com rápido crescimento e de grandes dimensões, localizado entre o peritoneu parietal e os músculos da parede abdominal anterior⁴.

Dado a raridade destes tumores, frequentemente o seu diagnóstico não é estabelecido previamente à cirurgia.

O objetivo dos autores é adicionar à literatura existente a rara possibilidade da existência de um fibromioma intra-abdominal e pré-peritoneal com origem no ligamento redondo e a dificuldade de estabelecer um correto diagnóstico pré-operatório.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Doente com 44 anos, enviada à consulta de ginecologia por útero miomatoso e aumento do volume abdominal. Não apresentava cirurgias prévias. Como antecedentes pessoais tinha uma interrupção voluntária da gravidez há 4 anos.

Ao exame objetivo apresentava uma formação que ocupava todos os quadrantes do abdómen, de consistência aumentada, com um volume abdominal correspondente a uma gravidez de termo.

Foi pedida uma ecografia ginecológica que revelou útero em latero-desvio esquerdo, com dimensões normais. Endométrio regular. Formação heterogénea gigante, com aspeto ecográfico miomatoso, com aparente ponto de partida na face lateral direita do útero, ocupando a área anexial direita e fundo de saco posterior (aparente crescimento rápido). Áreas anexiais sem alterações. Fundo de saco posterior sem líquido.

Do ponto de vista analítico apresentava hemoglobina de 13,1x10⁹ g/dl, leucócitos 11600 x 10⁹ /L, plaquetas 338 x 10⁹ /L, creatinina 0,62 mg/dL, proteína C reactiva 15,4 mg/L e serologias negativas.

Na ecografia renal efetuada apresentava rins de topografia habitual e biometria dentro da normalidade, estava preservada a diferenciação cortico-central, sem sinais de ectasia pelo-calicial ou imagens focalmente suspeitas. O índice parenquimatoso estava conservado bilateralmente.

A doente foi proposta para miomectomia por laparotomia.

*Interna do Internato Complementar de Obstetrícia e Ginecologia

**Assistente Hospitalar de Obstetrícia e Ginecologia

***Assistente Hospitalar Graduada de Obstetrícia e Ginecologia

****Diretor do Serviço de Ginecologia



FIGURA 1. Massa de grandes dimensões tendo como ponto de partida o ligamento redondo direito

No procedimento cirúrgico verificou-se massa de grandes dimensões com extensas aderências à parede abdominal anterior, localizada entre os músculos da parede abdominal anterior e o peritoneu parietal, parecendo ter como ponto de partida o ligamento redondo direito. O útero e os anexos não apresentavam alterações. Efetuou-se adesiólise e extração da massa na sua totalidade (Figura 1).

O exame anátomo-patológico revelou formação multifragmentada com 3599 gr de peso, de cor branca acinzentada, parcialmente bem delimitada, medindo os fragmentos no seu conjunto 49 cm, de aspeto multinodular, com cavitações em algumas secções e com algumas áreas de necrose. O exame microscópico revelou fibroleiomiomas, multifragmentados com áreas de tipo epitelióide e áreas de degenerescência hialina e mixóide.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências. Um mês após a cirurgia a paciente encontrava-se assintomática.

DISCUSSÃO

Os miomas uterinos são tumores monoclonais benignos, que têm origem nas células musculares lisas do miométrio⁵. No entanto, ocasionalmente podem ter padrões de crescimento não usuais ou localizações inusuais, colocando um desafio no diagnóstico.

Os padrões de crescimento não usuais descritos na literatura incluem o leiomioma metastático benigno, a

leiomiomatose peritoneal disseminada, a leiomiomatose endovenosa, os miomas parasitas e o crescimento retroperitoneal^{6,7}.

Os miomas surgem a partir da proliferação de células musculares lisas, e deste modo, podem desenvolver-se em qualquer local onde essas células estejam presentes. Os locais inusuais de origem incluem a vulva, os ovários, a uretra e a bexiga. Raramente aparecem nas cavidades sinonasais, órbitas, rins e na pele^{6,7}.

Recentemente vários autores têm sugerido uma associação direta entre a incidência de miomas parasitas e o aumento dos procedimentos laparoscópicos efetuados, o que reforça a hipótese que os miomas extra-uterinos também podem ter uma origem iatrogénica. Há uma evidência crescente que esse risco é superior nos procedimentos laparoscópicos em relação a outro tipo de cirurgias pélvicas^{8,9}.

Este caso documenta um tumor pré-peritoneal de grandes dimensões (49 cm) com 3599 gr e com um rápido crescimento, sem história prévia de cirurgia abdominal, com ponto de origem no ligamento redondo à direita.

Os tumores do ligamento redondo são raros. O primeiro autor a documentar a presença de um tumor do ligamento redondo foi Spencer Wells em 1865. Breen and Neubecker em 1962 realizaram uma revisão da literatura de 25 casos de tumores do ligamento redondo³.

Os tumores do ligamento redondo mais frequentes são os miomas, os endometriomas e os quistos mesoteliais³.

Embriologicamente o ligamento redondo tem origem na mesoderme e é formado pela porção caudal da prega mesonéfrica. Anatomicamente o ligamento redondo tem cerca de 10-14 cm de comprimento, começa no corno uterino e estende-se através do anel inguinal interno ao longo do canal inguinal até aos grandes lábios da vulva. É composto por células musculares lisas, tecido fibroso, gordura, vasos sanguíneos e linfáticos e nervos. As células musculares lisas estão organizadas em três camadas que continuam para o útero^{10,11}.

Os miomas podem ter origem em qualquer parte do trajeto do ligamento redondo e classicamente são classificados como extra ou intra-abdominais. Os tumores intra-abdominais podem ser intra ou extra-peritoneais³. Cerca de dois-terços dos casos dos fibromiomas do ligamento redondo estão localizados na sua porção extra-peritoneal^{12,13}.

A sintomatologia associada relaciona-se com a sua localização, tamanho e o ritmo de crescimento.

No nosso caso clínico, o tumor é intra-abdominal,

mas apresenta um crescimento extra-peritoneal, localizado entre os músculos da parede abdominal anterior e o peritoneu parietal. Sendo um caso com uma localização anatômica única. Segundo o nosso conhecimento só existe um caso descrito na literatura por Combes *et al* com as mesmas características em termos de localização e crescimento⁴. Os casos descritos na literatura sobre fibromiomas do ligamento redondo extra-peritoneal habitualmente projetam-se através do anel interno do canal inguinal e apresentam-se como um tumor do canal inguinal ou dos grandes lábios¹⁰.

Este tumor inicialmente assintomático, só foi diagnosticado quando atingiu dimensões suficientes para causar queixas de aumento do volume abdominal. Do ponto de vista clínico, a maioria dos tumores intra-abdominais não causam quaisquer sintomas, no entanto podem manifestar-se como massas pélvicas extra-uterinas que comprimem a uretra ou o ureter, originando sintomas de obstrução do fluxo urinário ou hidroureteronefrose secundária^{6,14}.

Os miomas do ligamento redondo normalmente são únicos e unilaterais e são 3–4 vezes mais frequentes à direita. O tamanho médio é cerca de 5 cm. Em cerca de 50% dos casos coexistem com miomas uterinos³. Ocorrem predominantemente em mulheres na pré-menopausa¹³.

A etiopatogênese dos miomas do ligamento redondo é ainda um tema de debate. A teoria parasitária postula que o mioma parasita tem origem num mioma subseroso pediculado que se torna aderente a uma estrutura adjacente, neste caso o ligamento redondo, e que desenvolve vasos sanguíneos nessa estrutura, perdendo a sua ligação original ao útero^{8,9,15}. Por outro lado sabe-se que os miomas extra-uterinos podem desenvolver-se diretamente de células musculares lisas. É consensual na literatura que as hormonas esteroides gonadais, estrogénios e progesterona, são moduladores do crescimento e transformação dos miomas⁵. Um estudo publicado em 1993 demonstrou a presença de recetores de estrogénio e progesterona nos núcleos das células musculares lisas do ligamento redondo. Estes recetores foram encontrados em mulheres na pré e na pós-menopausa¹¹. Embora a maioria dos casos publicados na literatura ocorra em mulheres na pré-menopausa, há pelo menos um caso descrito do desenvolvimento de um leiomioma do ligamento redondo numa mulher na pós-menopausa a realizar terapêutica hormonal². Assim a hipótese do desenvolvimento destes miomas com origem nas células musculares lisas do li-

gamento redondo é plausível.

Os exames complementares de imagem mais utilizados para caracterização destes tumores são a ecografia pélvica, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Atualmente os exames de imagem são cada vez mais fidedignos no diagnóstico, mapeamento e caracterização dos miomas extra-uterinos.

Apesar disso, o diagnóstico pré-operatório destes tumores é pouco frequente, normalmente são confundidos com tumores do útero ou do ovário, ou são descobertos fortuitamente durante uma laparotomia por outra patologia ou numa cesariana¹⁶. No nosso caso clínico não foi possível fazer o correto diagnóstico pré-operatório, e a laparotomia foi efetuada com base na hipótese diagnóstica de mioma uterino.

Em relação ao diagnóstico diferencial dos miomas do ligamento redondo extra-abdominais deverá ser considerado o lipoma subcutâneo, hérnia inguinal ou adenomegália. Em relação aos intra-abdominais deverá ser pensada a possibilidade da existência de um fibroma uterino pediculado, tumor pélvico, tumor aneural ou adenomegália^{6,16,17}. Também deverá ser considerado o diagnóstico diferencial em relação a outros tumores do ligamento redondo^{2,18}.

Neste caso, dado a sua localização particular, é essencial fazer o diagnóstico diferencial em relação a outros tumores pré-peritoneais da parede abdominal.

Relativamente ao tratamento, no caso de um mioma isolado o tratamento consiste na exérese cirúrgica do tumor¹⁹.

REFERÊNCIAS

1. Duhan N, Sirohiwal D. Uterine myomas revisited. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;152:119-125.
2. Lösch A, Haider-Angeler MG, Kainz C, Breitenacker G, Lahodny J. Leiomyoma of the round ligament in a postmenopausal woman. *Maturitas.* 1999;31:133-135.
3. Breen JL, Neubecker RD. Tumors of the Round Ligament A Review of the Literature and a Report of 25 Cases. *Obstet Gynecol* 1962;19:771-780.
4. Combes B, Ledoux A, Provendier B. Massive fibroma of the round ligament developing as an extraperitoneal abdominal mass. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1988;17:347-349.
5. Parker WH. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril.* 2007;87:725-736.
6. Fasih N, Prasad Shanbhogue AK, Macdonald DB, Fraser-Hill MA, Papadatos D, Kielar AZ, et al. Leiomyomas beyond the uterus: unusual locations, rare manifestations. *Radiographics.* 2008;28:1931-1948.
7. Mahendru R, Gaba G, Yadav S, Gaba G, Gupta C. A rare case of retroperitoneal leiomyoma. *Case Rep Surg.* 2012;2012:425280. doi:10.1155/2012/425280.
8. Al Manasra AR, Malkawi AS, Khammash MR. Parasitic

leiomyoma. A rare cause of inguinal mass in females. *Saudi Med J*. 2011;32:633-635.

9. Kimberly A. Kho, Ceana Nezhat. Parasitic Myomas. *Obstet Gynecol* 2009;114:611-615.

10. Matsuo Shigetoshi, Soejima Hidenobu, Miyazaki Junichi, Kanemaysu Takashi. Leiomyoma of the Round Ligament Presenting as a Large Inguinal Mass. *Acta Med. Nagasaki*. 1994;39:50-53

11. Smith P, Heimer G, Norgren A, Ulmsten U. The round ligament: a target organ for steroid hormones. *Gynecol Endocrinol*. 1993;7:97-100.

12. Warshauer DM, Mandel SR. Leiomyoma of the extraperitoneal round ligament: CT demonstration. *Clin Imaging*. 1999;23:375-376.

13. Ali SM, Malik KA, Al-Qadhi H, Shafiq M. Leiomyoma of the Round Ligament of the Uterus: Case report and review of literature. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2012;12:357-359.

14. Yıldız P, Cengiz H, Yıldız G, Sam AD, Yavuzcan A, Çelikba_B, et al. Two unusual clinical presentations of broad-ligament leiomyomas: a report of two cases. *Medicina (Kaunas)*. 2012;48:163-5.

15. Lalor PF, Uribe A, Daum GS. De novo growth of a large preperitoneal lipoleiomyoma of the abdominal wall. *Gynecol Oncol*. 2005;97:719-21.

16. P. Michel, D. Viola. Léiomyome abdomino-pelvien du ligament rond : apport de l'icographie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2003;32:571-574.

17. Elif Colak, Nuraydin Ozlem, Sadık Kesmer, and Kadir Yildirir. A rare inguinal mass: Round ligament leiomyoma. *Int J Surg Case Rep*. 2013;4: 577-578.

18. Bo Mi Kim, Ji Young Lee, Yoon Hee Han, Su Young Kim, Jung Wook Seo, Yong Hoon Kim, et al. Mesothelial Cyst of the Round Ligament Mimicking a Metastasis: a Case Report. *Korean J Radiol*. 2010;11: 364-367.

19. Roue A, Laboisce C, Winer N, Darnis E, Bouquin R, Lopes P, et al. Extra-uterine pelvic leiomyoma: diagnosis and practical management. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2007;36:403-408.