

Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXVII - n. 1/2  
Gennaio-Febbraio 2005

**casistica clinica**

## Metaplasia ossea diagnosticata su leiomioma uterino

C. PALETTA, E. GIACULLI, F. SANGUEDOLCE\*, A. STANZIANO,  
E. CICINELLI, M. MARINACCIO

RIASSUNTO: Metaplasia ossea diagnosticata su leiomioma uterino.

SUMMARY: **Osseous metaplasia in uterine leiomyoma.**

C. PALETTA, E. GIACULLI, F. SANGUEDOLCE, A. STANZIANO,  
E. CICINELLI, M. MARINACCIO

C. PALETTA, E. GIACULLI, F. SANGUEDOLCE, A. STANZIANO,  
E. CICINELLI, M. MARINACCIO

*Riportiamo un caso di metaplasia ossea in un leiomioma uterino scoperto casualmente in una donna di 53 anni operata di isterectomia totale per una neof ormazione annessiale.*

*We report a case of osseous metaplasia in uterine leiomyoma occasionally discovered in a 53 years old woman who underwent a total hysterectomy for an adnexal mass.*

KEY WORDS: Metaplasia ossea - Leiomioma uterino.  
Osseous metaplasia - Uterine leiomyoma.

### Introduzione

Il leiomioma è il tumore benigno di più frequente riscontro nell'ambito della patologia ginecologica (è presente nel 15-20% delle donne tra i 35 ed i 50 anni). Istologicamente è costituito da fibrocellule muscolari lisce, orientate secondo molteplici direzioni ed immerse in uno stroma connettivale fibroso. Esso può modificare la propria struttura assumendo aspetti di degenerazione ialina, cistica e grassa.

La singolare rarità con cui tende a mostrare aspetti di metaplasia ossea ci ha indotto a presentare il caso clinico pervenuto alla nostra osservazione.

### Caso clinico

Paziente S.C. di anni 53, para 2/0/0/2, fu ricoverata il 27/01/03 presso la I Clinica Ginecologica e Ostetrica dell'Università di Bari. La paziente riferiva il menarca a 12 anni, con flussi mestruali successivamente sempre regolari per ritmo, quantità e durata; in menopausa dall'età di 51 anni, l'anamnesi patologica remota era muta.

Al momento del ricovero erano presenti perdite ematiche dai genitali esterni e sensazione di peso in regione pelvica, comparse da circa due mesi. Gli esami ematochimici di routine non rivelavano alterazioni, fatta eccezione per un incremento del CA72.4 risultato pari a 5.5 U/ml (v.n. 0-4

U/ml), mentre il dosaggio plasmatico del CA125 era normale.

L'esame clinico permise di apprezzare un utero discretamente aumentato di volume e di forma irregolare; la sede annessiale destra era sede di un processo espansivo, del diametro di circa 15 cm, mobile e di consistenza teso-elastica. L'ecografia pelvica trans-vaginale evidenziò un utero retroverso (d.l. 10 cm, d.a.p. 50 mm, d.t. 52 mm) con echi endometriali spessi 6 mm e neof ormazione complessivamente tondeggianti del diametro massimo di 13 cm, situata in alto ed anteriormente all'utero. All'interno di essa erano visibili setti ispessiti, alcuni dei quali con flussi a bassa resistenza (ri 0,44) ed aspetto vegetante ed irregolare, che internamente delimitavano numerose celle anecogene di diverse dimensioni.

Lo staging pre-operatorio fu quindi completato da un'ecografia dell'addome superiore che risultò negativa e da una RMN pelvica che confermò la presenza di una voluminosa formazione cistica, pluriconcamerata a contenuto liquido, con aree di necrosi ed emorragiche con marcato enhancement della parete e dei setti. La lesione induceva, inoltre, compressione e dislocazione delle strutture adiacenti, pur nell'integrità dei piani di clivaggio. L'utero si presentava fibromatoso e prolassato e veniva descritta la presenza di una modica falda di versamento libero nel cavo del Douglas.

In data 30 gennaio 2003 si procedette all'intervento laparotomico che consistette in un primo tempo nell'asportazione della tumefazione annessiale con esame istologico estemporaneo. Dopo che quest'ultimo pose diagnosi di cistoadenoma mucinoso, l'intervento fu completato dal tempo dell'isterectomia totale semplice con annessectomia controlaterale. L'utero macroscopicamente mostrava una ipertrofia longitudinale del collo e la presenza di una neof ormazione rotondeggiante, calcifica ed irregolare sulla sua faccia anteriore. All'apertura del pezzo si apprezzava, a livello del fondo, una formazione polipoide del diametro massimo di cm 0,8. La diagnosi istologica descrisse un utero con cheratosi dell'epitelio esocervicale, metaplasia

Università degli Studi di Bari  
Dipartimento per le Applicazioni in Chirurgia delle Tecnologie Innovative  
(Direttore: S. Schonauer) e  
\*Dipartimento di Anatomia Patologica e Genetica  
(Direttore: R. Ricco)

© Copyright 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma

squamosa superficiale e flogosi cronica aspecifica della mucosa endocervicale. La neoformazione benigna polipoidica mostrava una struttura fibrogliandolare con atrofia cistica dell'endometrio ed iperplasia diffusa delle strutture muscolari del miometrio.

La neoformazione descritta sulla faccia anteriore dell'utero all'esame macroscopico risultò essere un nodulo di metaplasia ossea. Microscopicamente, la neoformazione nodulare era composta da fasci intrecciati tra di loro di cellule muscolari lisce, di aspetto fusato, con limiti indistinti ed abbondante citoplasma eosinofilo fibrillare. I nuclei erano allungati, con cromatina finemente dispersa e piccoli nucleoli. Nel contesto della neoformazione erano presenti aree regressive di metaplasia ossea (Fig. 1).

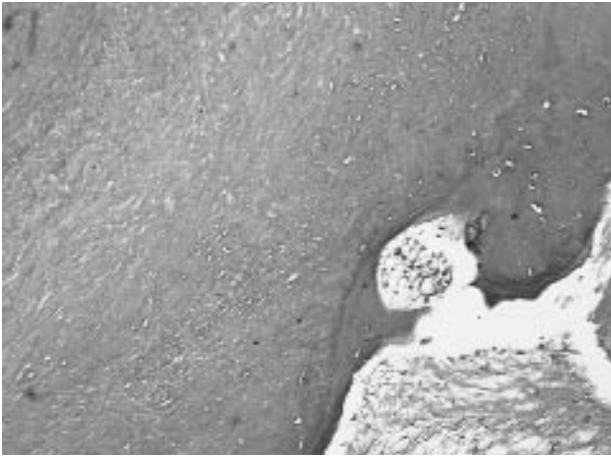


Fig. 1 - Focolaio di metaplasia ossea (in basso a destra) nel contesto di una neoplasia mesenchimale benigna (leiomioma) dell'utero. (H&E x 40).

## Discussione

In letteratura sono stati riportati solo 60 casi di ossificazione endometriale (5). L'esatto meccanismo patogenetico relativo all'istogenesi del tessuto osseo eterotopico in sede uterina è molto controverso. Sono state, infatti, avanzate diverse teorie:

- Virchow (6) attribuisce la formazione di tessuto osseo nell'endometrio alla differenziazione di cellule stromali multipotenti, presumibilmente fibro-

blasti, in osteoblasti;

- Houlne (4) ritiene che la ritenzione di tessuto osseo fetale sia il fenomeno più ricorrente;
- Adamson (1) ritiene che disordini metabolici come ipercalcemia, ipervitaminosi D e iperfosfatemia possono essere causa del fenomeno;
- Courpas (3) sostiene il ruolo patogenetico degli stati infiammatori cronici come endometriti e piometra;
- Brocq e Sluczewski (2) propongono che la prolungata ed intensa stimolazione estrogenica sia il più importante fattore nella patogenesi della metaplasia ossea.

Nel caso da noi descritto quest'ultima ipotesi sembrerebbe la più accreditata in rapporto a quanto osservato; infatti la metaplasia ossea è stata riscontrata nel contesto di un leiomioma che, nelle donne in età perimenopausale è frequente proprio in rapporto all'alterato clima ormonale in senso di iperestrogenismo.

D'altro canto si potrebbe escludere l'origine fetale della metaplasia visto che l'anamnesi ostetrica della paziente non evidenziava aborti spontanei e/o provocati e all'anamnesi personale non erano presenti alterazioni del metabolismo del calcio né stati flogistici cronici.

## Conclusioni

Possiamo affermare che il caso oggetto della nostra descrizione è particolarmente eccezionale in virtù del fatto che non rientra nell'80% di quei 60 casi riportati in letteratura, riconducibili ad una storia di aborti spontanei o interruzioni volontarie di gravidanza (5). Il suo riscontro è stato infatti del tutto occasionale in una paziente asintomatica. Inoltre, la metaplasia ossea da noi descritta è insorta su un leiomioma e non a livello di tessuto endometriale come descritto in letteratura.

## Bibliografia

1. ADAMSON N.E. jr, SOMMERS S.C.: *Endometrial ossification*. Am. J. Obstet. Gynecol., 67:187, 1954.
2. BROCC M.M.P., SLUCZEWSKI A.: *Trois cas de metaplasia osseuse du corion cytogène de l'endometre*. A. Gynecol. Osteopath., 147 :613, 1948.
3. COURPAS A.S., MORRIS J.D. WOODRUFF J.D. et al.: *Endometrial ossification: unilateral manifestation in a septate uterus*. Gynecol. Obstet. Invest., 14: 47, 1982.
4. HOUNLE P., KERNEIS J.P., MICHON G., et al: *Apropos d'un cas d'ossification de l'endocol uterin*. Comptes Rendus de la Societè Francaise de Gynecologie, 28 : 467, 1958.
5. MELIUS F.A., JULIAN T.M., NAGEL T.C.: *Prolonged retention of intrauterine bones*. Obstet. Gynecol., 78: 919, 1991.
6. VIRCHOW R. Ueber.: *Metaplasia*. Virchows. Arch. Abt. A Pathol. Anat., 97:410, 1984.