

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"Dr. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Leiomioma del estroma intestinal. Presentación de un caso
Intestinal stromal Leiomyosarcoma. A case presentation

Cristóbal Clinio Mayola Alberto¹, Maité Sosa Jiménez², Miriam Sánchez Ramos³.

RESUMEN

Se presenta un paciente de 51 años de edad, alcohólico, con molestias en flanco y fosa ilíaca derechos donde se nota un aumento de volumen. Al examen físico se constata una tumoración abdominal gigante que ocupa todo el flanco y fosa ilíaca derechos y se proyecta a mesogastrio e hipogastrio. Se realizan estudios imagenológicos, incluyendo Tomografía Axial Computarizada contrastada de abdomen, y se somete a laparotomía exploradora con diagnóstico preoperatorio de linfoma abdominal, para realizar exéresis tumoral y estudio histológico, concluyéndose como un tumor del estroma gastrointestinal, específicamente un leiomioma de mesenterio. Se pone tratamiento con quimioterapia y la evolución clínica es favorable.

Palabras clave: LEIOMIOSARCOMA, TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL.

ABSTRACT

A 51 years, alcoholic patient is presented, with right flank and iliac fossa annoyances where a volume increase is noticed. To the physical examination of the area it has been confirmed a giant abdominal tumor, and it is projected to mesogastrio and hypogastrium. Imagenologic studies are realized, including Computerized Axial Tomography of abdomen, and it is underwent exploratory laparotomy with preoperative abdominal linfoma diagnosis, to realize tumoral exeresis and histological study, concluding as a gastrointestinal stromal tumor, specifically a mesentery leiomyosarcoma. It was treated with chemotherapy and the clinical evolution is favorable. **Keywords:** LEIOMYOSARCOMA, GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS.

1. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Residente de Primer Año de Anatomía Patológica. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

El Leiomioma es una neoplasia mesenquimal maligna que se origina de células musculares lisas y puede observarse en tejidos blandos, vísceras y en la pared de Tracto Gastrointestinal (TGI). Constituyen aproximadamente el 7% de los sarcomas de tejidos blandos, y representan el 10-20% de los tumores malignos del TGI. Aunque son tumores heterogéneos, ya que con métodos de inmunohistoquímica, se puede ver diferenciación muscular, neural, ambas o ninguna, se comportan clínicamente de forma similar por lo que han sido agrupados con la denominación de Tumores del Estroma Gastrointestinal (GIST) y su pronóstico es desfavorable.⁽¹⁾ Los GIST pueden localizarse en tracto digestivo, mesenterio, y retroperitoneo. Este cambio conceptual ha surgido porque aunque su morfología es similar a la de los tumores musculares, responden peor al tratamiento que los leiomiomas de otras localizaciones.^(2,3) Por lo infrecuente que resulta este tumor es que se presenta el siguiente trabajo.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente blanco de 51 años de edad con antecedentes de alcoholismo, admitido en el Servicio de Medicina Interna porque desde unos meses previos al ingreso viene presentando molestias abdominales a nivel del flanco y la fosa ilíaca derechas caracterizadas por sensación de pesantez y ocupación, notándose una masa palpable, ocasionalmente dolorosa. Niega otra sintomatología.

Examen Físico.

Mucosas y tejido celular subcutáneo sin alteraciones. Examen físico cardiorespiratorio normal. En el abdomen se palpa una tumoración que ocupa flanco y fosa ilíaca derechos sobrepasando la línea media y que se proyecta a mesogastrio e hipogastrio levantando la pared abdominal a ese nivel. Es de consistencia firme y no dolorosa. Al tacto rectal próstata adenomatosa grado I-II. El tumor abdominal no hace contacto en el tacto bimanual. Sistema nervioso: Consciente y orientado, no signos de focalización neurológica.

Exámenes complementarios.

Hemograma con diferencial: Hb 137 g/L, LCN $8,5 \times 10^9/L$. Eritrosedimentación 3 mm.

Coagulograma mínimo: Plaquetas $161 \times 10^9/L$, TC 8´ TS 2´. Urea 2,4 mmol/L. Creatinina 31 mmol/L. Ácido Úrico 161mmol/L. TGP 3,6 U/l. Glicemia 5,2 mmol/L. Fosfatasa alcalina 90 U/L. Fósforo sérico 1,04 mmol/L. Calcio sérico 2,03 mmol/L.

Ultrasonido abdominal y prostático Hígado normal. Vesícula y vías biliares normales. Páncreas no visualizado por gases. Bazo normal. No adenopatías periaórticas. Riñones de tamaño normal con parénquima conservado sin pielocaliectasia de bordes regulares y bien definidos. Vejiga insuficientemente llena. Próstata homogénea que mide 30x41x41

mm. Se observa en flanco derecho imagen hipoecogénica con centro ecogénico (pseudoarriñonada) que mide aproximadamente 187x98 mm sólida, su centro se encuentra aproximadamente a 7 cm de la piel. Se examina con transductor de partes blandas y no se detectan alteraciones.

Rx de tórax PA: Área cardiaca normal. Ateromatosis del botón aórtico. No alteraciones pleuropulmonares.

Urograma descendente: Opacidad con densidad de partes blandas que desplaza los gases del marco cólico. Buena concentración y eliminación bilateral del contraste con escasa visualización del sistema pielocalicial izquierdo. Gases de colon superpuestos a la sombra renal izquierda. Vejiga y uréteres bien opacificados

Tomografía Axial Computarizada (TAC) contrastada de abdomen: Hígado, páncreas y riñones normales. Se visualiza tumor de densidad no homogénea que desplaza las asas intestinales hacia la izquierda y hacia arriba que se extiende aproximadamente desde la 3ra vértebra lumbar hasta la cresta ilíaca derecha que no guarda relación con las asas intestinales y que en su mayor longitud mide 168 x 119 mm. No tiene calcificaciones en su interior.

Laparoscopia: Se difiere el examen por tumor abdominal que bloquea los puntos de entrada. Cistoscopia: normal.

Se realiza Laparotomía exploradora con un diagnóstico preoperatorio de Linfoma abdominal. Se reseca tumoración serosa del mesenterio y se realiza anastomosis término terminal del íleon sin accidentes. La descripción macroscópica se corresponde con un segmento de intestino delgado que mide aproximadamente 50 cm, que muestra en el meso una tumoración que pesa 2030 g con la superficie ligeramente lobulada y congestiva de consistencia dura. Al corte, la tumoración es sólida, de color blanco-grisáceo con áreas congestivas. Macroscópicamente depende de la pared intestinal.

El estudio histológico muestra que las células tienden a disponerse en haces y fascículos entremezclados. Existe un grado mayor de celularidad que en los leiomiomas, con gran pleomorfismo

celular y células gigantes tumorales, mitosis típicas y atípicas compatible con un Leiomioma (Figuras 1 y 2).

Después de la cirugía el paciente recibe tratamiento con antibióticos (metronidazol y gentamicina) durante diez días, y es egresado por su evolución clínica favorable. Se remite a Oncología donde se impone tratamiento con quimioterapia, con el cual se obtienen magníficos resultados.

DISCUSIÓN

El caso que se presenta debuta clínicamente con una tumoración intrabdominal de gran tamaño, fácilmente palpable en la exploración física, con una presentación insidiosa como se recoge en la literatura.^(4,5) Estos tumores usualmente no son sintomáticos hasta bien avanzado el curso de la enfermedad, en ocasiones cuando ya se han producido metástasis. Los leiomiomas del mesenterio son raramente reportados, tienen una incidencia de 1: 350,000.⁽⁶⁾ Se desarrollan también en la piel, el tejido celular subcutáneo, el útero, y en diferentes estructuras vasculares.^(7,9) Aunque pueden presentarse a cualquier edad, tienen mayor incidencia entre la 4ª y 6ª década de la vida, con mayor afectación del sexo masculino, elementos estos presentes en el enfermo estudiado.⁽¹⁰⁾

La tomografía contrastada practicada a este paciente sugirió un linfoma intrabdominal, diagnóstico rebatido con el estudio histológico del tumor obtenido por la cirugía. En otros centros de salud se realiza citología aspirativa guiada por TAC más este proceder preoperatorio altamente orientador en cuanto a la naturaleza maligna o benigna del tumor, no se realiza en esta institución hospitalaria.⁽¹⁰⁾

Para el diagnóstico definitivo de la lesión fue preciso el estudio microscópico de la misma. En centros especializados se realizan estudios inmunohistoquímicos los que no pueden realizarse en la mencionada institución, sin embargo, las alteraciones histopatológicas fueron las de un Leiomioma en concordancia con la bibliografía.^(3,4, 11,10)

En los GIST del mesenterio se recomienda resección en bloque de la enfermedad visible, tal y como se procedió en este enfermo. La supervivencia tras el tratamiento es del 50-65% a los 5 años, pero hay que tener en cuenta que el tamaño tumoral predice la supervivencia, de tal manera que tumores mayores de 10 cm tienen una supervivencia menor, 20% a los 5 años. Asimismo, la supervivencia libre de recidiva se correlaciona con el tamaño tumoral y el índice mitótico. Así, los tumores mayores de 10 cm tienen una tasa de supervivencia del 27%, mientras que los menores de 5 cm del 82%. De igual manera, un índice mitótico alto eleva las posibilidades de recidiva.⁽³⁾ En este paciente la calidad de vida tres años después del tratamiento quirúrgico y quimioterapéutico es excelente a pesar de haber sido portador de una tumoración de gran tamaño.

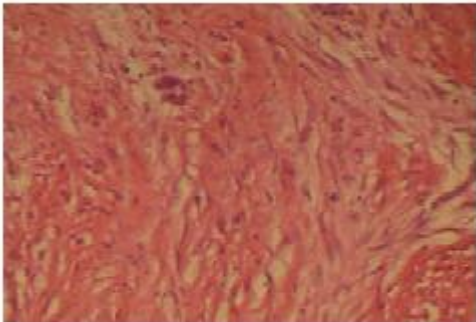
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cabrera Morales MM, Rego González R, Berland León N. Leiomioma de intestino delgado como causa de invaginación intestinal [página en Internet]. 2006 [citado 5 Feb 2009] [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: http://www.indexmedico.com/publicaciones/indexmed_journal/edicion3/sarcoma_intestino/cabrera_morales.htm.
2. Arredondo Bruce A, Amores Carraté J, Águila Arostegui D, Guerrero Jiménez G. Tumor estromal del epiplón. Reporte de un caso [página en Internet]. 2008 [citado 5 Feb 2009] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n4/amc12408.htm>.
3. Eizaguirre Zarza B, Burgos Bretones JJ. Tumores: leiomioma. Rev Española Patol [serie en Internet]. 2006 [citado 5 Feb 2009]; 39(4):[aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen39/vol39-num4/39-4n03.htm>
4. Rosembreg SA. Sarcoma of the soft tissue and bone: En: Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editores. Cancer. Principles and practice of Oncology. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p. 1592-1593.

5. Enfermedades neoplásicas. Cáncer del aparato digestivo [monografía en Internet]. Harrisononline: McGraw-Hill; 2006 [citado 5 Feb 2009]. Disponible en: <http://www.harrisonmedicina.com/popup.aspx?aID=62598&print=yes>.
6. Simonovich CJ, Hardman JM, Navin JJ, Jacobs J, Fergusson N. An unusual abdominal tumor-leiomyosarcoma of the mesentery: a case report. Hawaii Med J. 2006; 65(1):18-20.
7. Larrea Fabra M. Leiomyosarcoma abdominal: presentación de 1 caso. Rev Cubana Cir. 1989; 28(1/2):113-6.
8. Poveda A, Querejeta A, Buesa JM. Sarcomas de partes blandas. Madrid: Grupo Aula Médica; 2000.
9. Goldman R. Sarcomas of soft tissue [monografía en Internet]. Elsevier Inc; 2007. 23 ed. [citado 5 Feb 2009]. Disponible en: <http://www.mdconsult.com>
10. Plazzotta C, Rondan M, Rodríguez G, Vaz D. Leiomyosarcoma epiteloide del epiplón menor [monografía en Internet]. Montevideo: Sociedad de Cirugía; 2000. [citado 5 Feb 2009]. Disponible en: www.mednet.org.uy/cq3/emc/monografias/leiomio.pdf
11. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins. Patología estructural y funcional. 6 ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000.

ANEXOS

Figuras 1 y 2. Leiomyosarcoma. Células que tienden a disponerse en haces y fascículos entremezclados, pleomorfismo celular y células gigantes tumorales, mitosis típicas y atípicas.



1



2