

Leiomioma epitelioide gástrico. Presentación de un caso **Gastric epithelial leiomyosarcoma. A case review**

Jesús E. Cong Rodríguez(1), Efrén P. López Rodríguez(2), Ariadnys Pérez del Pozo(3), Eberto Torres Mariño(4).

Resumen

Se presenta un caso de Leiomioma epitelioide gástrico de 10 cm de diámetro de la curvatura mayor del órgano en un hombre de 76 años de edad operado en nuestro centro al cual se le realizó gastrectomía subtotal y restitución de la continuidad gastrointestinal con gastroyeyunostomía tipo Billroth II. Teniendo en cuenta que este tipo histológico se observa solamente en el 2 % de los tumores gástricos con una supervivencia promedio a los 5 años del 50 %, se describen los hallazgos clínicos, anatomopatológicos y operatorios en este paciente con satisfactoria evolución postoperatoria.

Palabras claves: NEOPLASMAS DEL ESTOMAGO / leiomioma, LEIOMIOSARCOMA / diagnóstico, LEIOMIOSARCOMA / cirugía.

1. Especialista de 1er. Grado en Cirugía General, Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral, Residente de Cirugía General.
3. Estudiante de 5to año de Medicina, Ayudante de Cirugía General.
4. Estudiante de 6to año de Medicina, Ayudante de Cirugía General.

INTRODUCCIÓN

En 1962, Stout fue el primero en introducir el término leiomioblastoma en la literatura médica con el reporte de 69 casos de tumores miogénicos del estómago, dos de los cuales fueron malignos, esto fue comprobado solo recientemente por estudios ultra estructurales. En la clasificación de los tumores de tejidos blandos propuesta por la OMS, estos tumores son llamados leiomiomas o leiomiomas epiteliales.

Debido a su rareza el leiomioma gástrico es reportado en un número limitado de pacientes. Este tumor puede manifestarse como una masa abdominal palpable o por un episodio de sangramiento digestivo alto, y durante una laparotomía mostrarse un extenso tumor que involucre el ligamento gastrocólico y otros órganos vecinos. Nosotros describimos otro caso de leiomioma gástrico.

REPORTE DE CASO

Un hombre de 76 años ingresó en nuestro servicio por dispepsia, vómitos y dolor epigástrico. Al examen físico se palpaba una masa firme, grande de aproximadamente 10 cm de diámetro de bordes lisos, precisos y dolorosa en epigastrio. Los estudios de laboratorio de hematología y química sanguínea estaban dentro de límites normales. El ecograma abdominal mostró una masa de alta ecogenicidad con bordes bien definidos en el hemiabdomen superior, pero sin poder determinar el órgano que le dio origen. Las radiografías contrastadas del tracto digestivo superior revelaron un gran defecto de llenado a nivel de la curvatura mayor del estómago (fig. 1) La laparotomía reveló una gran masa abdominal de aproximadamente 10 cm de diámetro en la curvatura mayor y pared posterior del estómago descansando en la transcavidad de los epiplones de color amarillo grisáceo y con múltiples vasos nutricios visibles rechazando al colon transverso pero sin infiltrarlo, penetrando a través del ligamento gastrocólico se logró separar el tumor de las estructuras adyacentes. Se realizó gastrectomía subtotal con omentectomía mayor y menor, la continuidad gastrointestinal se restableció con gastroyeyunostomía tipo Billroth II modificada por Hofmeister.

El examen de la pieza resecada mostró un tumor bien encapsulado de 1022 g y 9,5 cm de diámetro, superficie lisa y color amarillento, la superficie de corte reveló necrosis central extensa.

Microscópicamente se observaron capas de células redondas, ovales y poligonales con bordes mal definidos. Las células tumorales tenían núcleos ovales o redondos y abundante citoplasma eosinofílico, había transición de células redondas a células en huso en algunas secciones, fueron vistas 10 mitosis por cada 10 campos microscópicos de gran aumento., correspondiendo con el diagnóstico histopatológico de leiomioma epitelioide (fig. 2).

DISCUSIÓN

Los leiomiomas crecen a partir de la muscular propia del tracto gastrointestinal y el útero. Esto ha sido reportado que ocurre más frecuentemente en el estómago (3). Afecta principalmente a hombres de mediana edad y se presentan generalmente con sangramiento digestivo alto o con síntomas que simulan la enfermedad ulcero péptica del estómago, crece en cuerpo y extremidad superior, hacia la curvatura mayor del órgano. Microscópicamente están compuestos de una mezcla de células epitelioides redondas y en forma de huso muchas de las cuales tienen el citoplasma claro.

Los leiomiomas son diferenciados de los leiomiomas principalmente por el tamaño tumoral y el número de mitosis (3). Cuando el tumor es mayor de 6 cm de diámetro debe considerarse maligno. Las metástasis se observan comúnmente en el hígado y superficies peritoneales fuertemente relacionadas con el tamaño tumoral y la actividad mitótica. Nuestro paciente ha tenido un buen seguimiento postoperatorio en busca de signos de recurrencia local o metástasis, se cree que las células tumorales residuales les toma mucho tiempo alcanzar un tamaño suficiente como para comprimir el tracto gastrointestinal, para ese tiempo las metástasis son evidentes, por lo que el crecimiento tumoral debe seguirse cuidadosamente por ultrasonido y tomografía.(4)

La proliferación de las células tumorales residuales debe suprimirse con la administración de drogas anticancerosas, principalmente de uso intraperitoneal, pero no tenemos experiencia en su uso, además no se disponen de agentes específicos contra el leiomioma.(8)

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, todo esfuerzo debe realizarse para la excisión total del tumor con un adecuado margen de tejido sano. Para algunos autores el margen de sección quirúrgica no afecta la supervivencia (3,5,6), la gastrectomía total o subtotal no ofrece mayores ventajas que una resección segmentaria, siempre y cuando el borde de sección sea negativo de células tumorales. La resección de órganos adyacentes puede ser necesaria para completar la excisión, pero no lo fue en nuestro paciente.

El hígado y las superficies peritoneales son los sitios más frecuentemente invadidos, lo cual empeora el pronóstico (4), pero no se observaron en nuestro paciente.

El comportamiento clínico de los tumores leiomiomatosos de origen gástrico es difícil de predecir, solamente el 20% sigue un curso maligno. Gran tamaño, multinodularidad, alta actividad mitótica e infiltración mucosa han sido reportados como factores de mal pronóstico.

ABSTRACT

It is present a case of epithelioid leiomyosarcoma of the stomach, measuring approximately 10 cm of diameter arising from the great curvature in a 76 year-old-man who had been operated in our service. A subtotal gastrectomy and omentectomy were performed, and continuity was reestablished by a gastrojejunostomy Billroth II type. Since leiomyosarcoma of gastric origin is rare, only 2 % of gastric tumor, the five year survival rate is about 50 %. The clinical findings, diagnostic tests, histopathology and operative findings are described in this patient with good postoperative results.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stout AP. Bizarre smooth muscle tumors of the stomach. *Cancer* 1962;15:400-9.
2. Enzinger FM, Lattes R, Torloni H. *Histological typing of soft tissue tumours. International histological classification of tumours*. No. 3. Geneva: World Health Organization; 1999.

3. Appleman HD, Helwig EB. Gastric epithelioid leiomyoma and leiomyosarcoma (leiomyoblastoma). *Cancer* 1976;38:708-82.
4. Persson S, Kindblom LG, Angervall L, Tisell LE. Metastasizing gastric epithelioid leiomyosarcomas (leiomyoblastomas) in young individuals with long-term survival. *Cancer* 2000;70:721-32.
5. Farrugia G, Kim CH, Grant CS, Zinsmeister AR. Leiomyosarcoma of the stomach: determinants of long-term survival. *Mayo Clin Proc* 2001;67:533-6.
6. Argos MD, Ruiz A, Sanchez F, Garcia C, Gaztambide J. Gastric leiomyoblastoma associated with extraadrenal paraganglioma and pulmonary chondroma: a new case of Carney's triad. *J Pediatr Surg* 2002;28(12):1545-9.
7. Tsurumi H, Okada S, Koshino Y, Oyama M, Higaki H, Shimokawa K, et al. A case of leiomyoblastoma (epithelioid leiomyosarcoma) of the greater omentum [published erratum appears in *Gastroenterol Jpn* 1991;26(4):572]. *Gastroenterol Jpn* 2001;26(3):370-5.
8. Hagiwara A, Takahashi T, Lee R, Ueda T, Takeda M, Itoh T. Chemotherapy for carcinomatous peritonitis and pleuritis with MMC-CH, mitomycin C adsorbed on activated carbon particles. Clinical trials. *Cancer* 1997;59(2):245-51.

Anexos



Fig. 1: Radigrafía contrastada donde se observa gran defecto de llenado a nivel de la curvatura mayor del estómago.

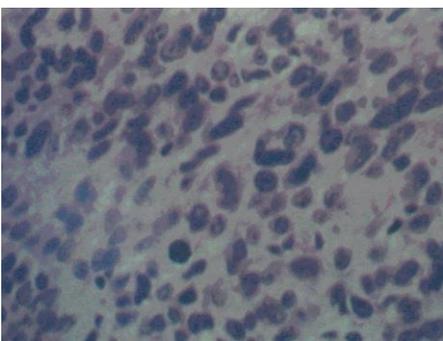


Fig. 2: Imagen microscópica del leiomiosarcoma epiteliode gástrico reportado.