
Leiomioma: Reporte de un caso clínico

Leiomyosarcomas: a case report

Vicente Peñaherrera O. *

Jaysom Abarca R. *

Luis Carrillo M. **

Resumen

Los leiomiomas son tumores del músculo liso que se presentan con escasa frecuencia en el tracto gastrointestinal. Se derivan del tejido mesenquimal y generalmente metastatizan a hígado o pulmones. Su malignidad depende de factores celulares, de la localización y el tamaño tumoral. Presentamos el caso de un paciente de 82 años de edad con antecedente de un leiomioma gástrico, que acude con sangrado digestivo alto e ictericia progresiva, hepatomegalia y pérdida de peso considerable. Los estudios finales concluyen en un leiomioma con metástasis hepáticas.

Palabras claves: leiomioma, cáncer gástrico, leiomioma gástrico.

Summary

Leiomyosarcomas are rare tumors of the gastrointestinal tract, and drift to the mesenchymal tissue. Rarely invade adjacent organs and metastasize to liver and lungs. The malignant features depend on cell changes, place and size of tumor. The case report is a 82 year old male with history of gastric leiomyoma which he has had for the last 3 years ago. He was admitted for upper gastrointestinal bleeding, jaundice, hepatomegaly and weight loose. The final investigation reveals a leiomyosarcoma with liver metastasis.

Keywords: gastric cancer, leiomyosarcoma, gastric leiomyoma

Introducción

De los tumores malignos del estómago el adenocarcinoma es el más frecuente (85%); los linfomas y los leiomiomas corresponden al 15% (2).

Los leiomiomas son un grupo de tumores malignos que se producen en el mesénquima del tubo digestivo, dependientes del músculo liso. Su frecuencia varía de 1 a 3% de las neoplasias gástricas. Se los ha asociado con un grupo de tumores estromales (GIST: Gastrointestinal stromal tumors), entre los que figuran los schwannomas, leiomiomas y tumores de los nervios autonómicos. Sin embargo, hay que diferenciar estos de los verdaderos leiomiomas, puesto que el pronóstico y tratamiento de estos tumores es diferente. Su potencial maligno, se evalúa tomando en cuenta algunos parámetros como: el tamaño, la arquitectura celular, la localización en el tracto intestinal, la invasión a la mucosa y a órganos adyacentes, grado de celularidad, número de mitosis, pleomorfismo celular, necrosis y tasa de proliferación (5, 6, 8).

Pueden manifestarse con un cuadro de sangrado digestivo u obstrucción, dependiendo del sitio de localización. Es raro que invadan a ganglios linfáticos; pero es más frecuente a hígado y pulmones.

El tratamiento es quirúrgico y la combinación con quimioterapia se reserva para los pacientes con metástasis (2, 4).

Presentamos el caso clínico de un paciente con un leiomioma, que posteriormente se transformó a leiomioma, con diseminación hacia hígado, sangrado digestivo y muerte por insuficiencia hepática.

Caso clínico

Paciente masculino de 82 años de edad, casado, jubilado. Presenta un cuadro clínico de 10 días de evolución caracterizado por astenia, distensión abdominal, edema de miembros inferiores y 24 horas antes del ingreso se suma hematemesis en poso de café por 2 ocasiones y melena, además oliguria.

* Médicos residentes R4 del postgrado de Gastroenterología USFQ-HCAM

** Jefe del Servicio de Gastroenterología HCAM

Al examen físico hay hipotensión 90/60, palidez conjuntival, ictericia escleral; el abdomen está distendido con onda ascítica presente y matidez en media luna; se palpa hepatomegalia dura irregular a expensas de los 2 lóbulos, y mide 22cm en la línea medio clavicular; no hay esplenomegalia palpable, los RHA están presentes y en las extremidades hay edema importante.

Tiene antecedentes de leiomioma gástrico diagnosticado hace 3 años. Fue sometido a 3 endoscopias, por cuadros de sangrados digestivos altos, encontrándose una masa en el cuerpo gástrico, redondeada, submucosa, con una zona ulcerada en la cima. Los reportes de las biopsias, en ese entonces, fueron negativas para malignidad.

En los exámenes de laboratorio del ingreso se encontró leucocitosis (21600), anemia aguda (Hcto: 22%), elevación de azoados (creatinina: 3.28 y urea: 244). El tiempo de protrombina elevado (18" 49%).

Las transaminasas ligeramente elevadas. La endoscopia reporta una gran masa mamelonada, ulcerada, que ocupa la cara posterior del cuerpo y antro gástrico, la pared es rígida y no permite una adecuada distensibilidad del órgano. Se tomaron biopsias de dicho tumor. El reporte histopatológico es de un leiomiosarcoma.

La TAC revela una gran hepatomegalia, con múltiples lesiones heterogéneas, redondeadas, de varios tamaños que comprometen todo el parenquima; hay líquido libre en el abdomen.

Discusión

De todos los tumores malignos del estómago, el leiomiosarcoma representa el 1 a 3%, es decir es un tumor raro del tubo digestivo (2, 4). El diagnóstico suele ser muy difícil y en ocasiones imposible. Este es un tumor estromal, que predomina en la quinta década de la vida, con una incidencia similar en ambos sexos.

Se origina, bien en la muscularis mucosae o en la capa muscular gástrica propia. Suele ser encapsulado y recubierto de mucosa gástrica normal, pero en muchas ocasiones la superficie de dicha mucosa es ulcerada.

Existe todavía controversia sobre la degeneración maligna de un leiomioma previo (1, 3, 7). El cuadro de presentación es generalmente la hemorragia digestiva, que suele ser importante y recidivante y la presencia de una masa palpable. Otros síntomas como hiporexia, pérdida de peso y dolor son menos frecuentes (2, 3). El estudio diagnóstico sigue siendo la endoscopia digestiva en donde se aprecia como una masa intraluminal protruida de gran tamaño, con una ulceración grande de fondo necrótico y a menudo hemorrágico, con bordes irregulares y nodulares.

La biopsia confirma el diagnóstico cuando el tumor es ulcerado, sin embargo existe un porcentaje de falsos negativos, razón por la cual es difícil distinguirlo del leiomioma. La presencia de más de 5 mitosis por cada 10 campos de gran aumento, suele diferenciarlo de otros tumores; y se considera como un signo de mal pronóstico (2, 3, 4, 9). La citología no es útil para el diagnóstico.

La diseminación de estos tumores sigue las vías descritas para la diseminación de otros, sin embargo la preferente es por vía hematológica, alcanzando fácilmente el hígado y posteriormente los pulmones; más raro es por contigüidad hacia el peritoneo, y a ganglios linfáticos.

El tratamiento de estos tumores es quirúrgico, y la quimioterapia y radioterapia son ineficaces.

El caso relatado se presenta con un tumor benigno que ha permanecido por varios años, con cuadro de sangrado digestivo a repetición, que han sido controlados clínicamente sin mayor complicación para el paciente. Sin embargo las endoscopias previas y los resultados histopatológicos no demuestran malignidad de la masa.

Pensamos que el leiomioma tomó un camino de malignización, a pesar de que es muy raro, existe esta posibilidad. Los hallazgos de ictericia, hepatomegalia y pérdida importante de peso, nos indican la invasión evidente hacia órganos vecinos.

El control endoscópico actual de la masa, demuestra lesión ulcerada, infiltrativa, que no permite una adecuada distensión del estómago, deformando la anatomía normal de este (figura 1).

Figura 1

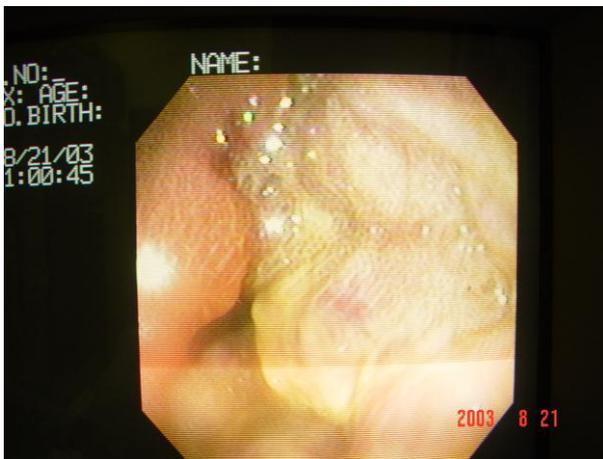


Fig. 1: Visión endoscópica

El reporte histopatológico es de un Leiomiomasarcoma (figura 2).

Figura 2

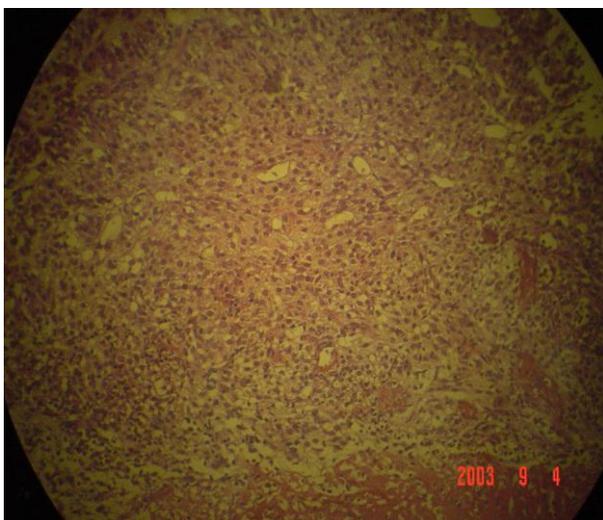


Fig. 2: Patrón histológico del Leiomiomasarcoma.

La TAC es muy demostrativa al revelar una masiva toma del parénquima hepático por las metástasis del tumor (figura 3). Creemos que esto pudo haber llevado al paciente a una insuficiencia hepática fulminante y a fallo multiorgánico por lo que fallece.

Figura 3



Fig. 3: Compromiso hepático del tumor.

Conclusión

Creemos que, a pesar que el leiomiomasarcoma es un tumor raro del tubo digestivo, debe tenerse presente como diagnóstico diferencial de los tumores gástricos y que los leiomiomas, a pesar de ser tumores benignos, que pueden permanecer por mucho tiempo en el tracto digestivo, tienen un potencial de malignización escaso pero evidente, por lo que deben ser tomados en cuenta para la posibilidad de tratamiento quirúrgico.

Recomendaciones

1. En toda lesión submucosa debería utilizarse la evaluación de la ecoendoscopia, para determinar la profundidad de la lesión y a qué capa pertenece.
2. Tomar una adecuada biopsia, si es posible, bajo guía de un ecoendoscopio.
3. La aparente característica de benignidad de una lesión gástrica que se mantiene en el tiempo dando sintomatología, debe hacernos sospechar y asegurarnos que realmente no haya un fondo maligno.
4. Educación para la salud, a la comunidad es fundamental en este y otros problemas.

Referencias bibliográficas

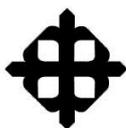
1. Berenguer J: Gastroenterología y Hepatología. 2ª ed, Mosby/Doyma Libros, Barcelona-España 222-223, 1995
2. Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L: Harrison's Principles of Internal Medicine. 15ª ed, Mc Graw Hill, USA 1: 581, 2001
3. Cotran R, Kumar V, Robbins S: Robbins Patología Estructural y funcional. 5ª ed, McGraw Hill-Interamericana, Madrid-España 910-1392, 1998
4. Feldman M, Friedman L, Sleisenger M: Gastrointestinal and Liver Disease. 7ª ed, CD Rom, Elsevier, USA 44, 2002
5. Letson L D, Muro C: Gastrointestinal stromal tumors. Cancer control 8(3): 252-261, 2001
6. Plaat BE, Hollema H, Molenaar WM, et al: Soft tissue leiomyosarcomas and malignant gastrointestinal stromal tumors: differences in clinical outcome and expression of multidrug resistance proteins. J Clin Oncol 18: 3211-3220, 2000
7. Rubin BP, Singer S, Tsao C, et al: KIT activation is a ubiquitous feature of gastrointestinal stromal tumors. Cancer Res 61: 8118-8121, 2001
8. Stelow EB, Stanley MW, Mallery S, Lai R, Linzie BM, Bardales RH: Endoscopic Ultrasound-Guided Fine needle Aspiration finding of Gastrointestinal leiomyomas and GISTs. Am J Clin Pathol 119 (5): 703-708, 2003
9. Wieczorek TJ, Faquin WC, Rubin BP, et al: Cytologic diagnosis of gastrointestinal stromal tumor with emphasis on the differential diagnosis with leiomyosarcoma. Cancer 93: 276-287, 2001

Dr. Vicente Peñaherrera O.

Teléfono: 593-099959851

Dr. Jaysoom Abarca R.

Teléfono: 593-04-2435725; 097235280



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL