

## HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA POR LEIOMIOMA RETROPERITONEAL ULCERADO EN DUODENO (\*)

Dres. Ruben M. Varela Soto y Luis F. Díaz

Creemos que tres aspectos fundamentales justifican la presentación de este caso clínico ante esta Sociedad:

1) La sintomatología fundada en los elementos cardinales de hemorragia digestiva y tumoración abdominal.

2) La Anatomía Patológica y la fisiopatología, en cuanto se refiere a las características histológicas del proceso tumoral en sí, y al mecanismo de producción del complejo sindromático.

3) La solución terapéutica, en cuanto al planteo de la táctica quirúrgica.

Insistiremos con mayor amplitud sobre estos aspectos cuando hagamos las consideraciones finales después de exponer ante ustedes el caso clínico.

C. R. Sexo masculino. 59 años. Uruguayo, habitante de la campaña. Ocupaciones rurales.

**Motivo de ingreso:** Ingres a Sanatorio el 9 de marzo de 1962 por tumoración abdominal y hemorragias digestivas masivas.

El día 27 de febrero de 1962 ingresa de urgencia al Maciel en estado de anemia aguda provocada por profundas hematemesis y melenas que comienzan una semana antes. Se le trata con transfusiones que alcanzan los cuatro litros de sangre que lo mejoran, pero persisten las pérdidas en los días subsiguientes por la vía alta y baja.

Hacia dos años que el enfermo notaba en hipocondrio derecho y flanco del mismo lado un tumor que palpaba fácilmente y que sólo provocaba trastornos mecánicos al agacharse, por la compresión que originaba.

El tumor fue creciendo paulatinamente hasta que la gran distensión provocada impidió su palpación.

El apetito conservado, moviliza normalmente el intestino; no hay adelgazamiento. Al parecer acusó en una oportunidad durante la evolución un síndrome urinario, con cistitis y la eliminación de pequeños calculinos, sin hematuria.

Trabajó hasta último momento acusando sólo las molestias debidas al gran volumen de su abdomen.

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 12 de junio de 1963.

**Antecedentes.** — Niega venéreas. No alcoholista. Otros antecedentes s/p. salvo que es un hombre de campo. Su peso habitual era de 93 kilos, había llegado a los 105 en el momento de comenzar con las pérdidas sanguíneas.

**Examen.** — A pesar de su anemia clínica evidente, con tinte amarillo pajizo, conserva su panículo adiposo y sus masas musculares.

Impresiona el volumen de su abdomen enormemente distendido de consistencia dura, tumoral, a predominio derecho, con sonoridad intestinal periférica y anterior; sin aspecto ascítico, sin marcada circulación colateral. Imposible precisar otros detalles semiológicos por la distensión. Tacto rectal s/p.

Aparte de los exámenes de rutina que confirman los déficits sanguíneos (2.770.000 g. r. con 44% de Hb) se le efectúan los exámenes radiológicos, placas simples, colon por enema y urografía de excreción, etc., que demuestran la existencia de una gran masa tumoral retroperitoneal con desplazamiento intestinal, con riñón indenne pero dislocado. (Placas).

No se creyó oportuno realizar un gastroduodeno, que hubiera sido por los hechos muy interesante, dadas las condiciones y sintomatología de enfermo. La reacción de Cassoni fue negativa.

**Operación.** — 13 de marzo de 1962. Dres. Varela Soto, Díaz y Lucas. Anestesia general. Dr. Grünwald. Sonda gástrica. Transfusión 1.000 cc. Incisión transversa derecha desde flanco hasta más allá de la línea media, un poco por encima del ombligo.

Abierto el vientre se comprueba que no ha ascitis y que existe una gran masa tumoral retroperitoneal. Hígado y peritoneo indemnes.

Se decola colon y mesocolon derecho. Aparece el tumor encapsulado con el aspecto de un sarcoma al corte, firme y sólido, carnoso. Ante la naturaleza aparente del proceso y en la alternativa de cerrar y perder el enfermo y de tratar de hacer algo más por él, se insiste en la posibilidad de clivar por su cápsula al tumor y se logra ir liberándole hasta que finalmente se puede enuclea de la gran cavidad que lo anida, comprobándose así su vinculación con la segunda porción duodenal, viéndose en la brecha parietal que dejó en esta viscera al desprenderse, así como la gran distensión del duodeno proximal a ella, que no se refleja en la clínica con anterioridad a la hemorragia en forma de un síndrome de obstrucción postpilórico como era lógico de esperarlo.

Se procede al cierre duodenal en dos planos en una sutura no muy satisfactoria por la anfractuosidad de la herida.

Se efectúa una doble yeyunostomía, una de aspiración y otra de alimentación. Se deja un drenaje en cigarrillo de la cavidad retroperitoneal que sale por el flanco. Se reponen los mesos y el intestino decolado y se cierra la pared abdominal.

Evolución en apirexia, sin incidentes. Se retiran progresivamente la intubación gástrica y las sondas de yeyunostomía, hasta la realimentación definitiva por vía oral: al 6º día se retira el drenaje lateral. Al 14º día la sonda gástrica y se comienza a dar líquidos por boca. Al 20º día, se retira la sonda de yeyunostomía de aspiración y al 22º día, la yeyunostomía de alimentación. Al ta a los 22 días de operado. Control radiológico a los tres meses s/p.

**Anatomía Patológica.** — “Grueso tumor que pesa 5 kilos 50 grs. De forma groseramente redondeada, presenta sobre su cara anterior una escotadura longitudinal que forma una depresión sobre la superficie tumoral. En la parte media de esta depresión se reconoce una pequeña zona de unos 2 cms. de lado, de color verde intenso y que corresponde a la zona que estaba en contacto con la luz duodenal, teñida fuertemente por la bilis.

El corte seriado muestra que se trata de un tumor sólido, de aspecto fibrilar con extensos focos de necrosis, en partes reblandecidos.

Histología de varios fragmentos en distintas zonas y en especial la zona de unión al duodeno y la cápsula.

**Examen histológico.** — Todos los fragmentos examinados muestran una estructura similar constituida por un tumor sólido, bien circunscripto en su periferia, de estructura fibrilar y con grandes zonas totalmente necrosadas y en partes licuadas, reblandecidas. El elemento fibrilar es alargado, con núcleos de extremos redondeados y con una morfología que recuerda bien a la de la fibra muscular lisa. No existe una verdadera cápsula en la periferia pero la limitación del crecimiento tumoral se hace a expensas de una condensación de los propios elementos del tumor y del tejido conjuntivo ambiente, confiriéndole el carácter de una neta circunscripción aunque sin la existencia de una verdadera cápsula.

En la zona de unión con el duodeno, localizada en la descripción macroscópica, no se encuentran histológicamente elementos que permitan establecer si dicha unión es de origen o de simple compresión ulterior.

Los caracteres histológicos corresponden a un **Leiomioma retraperitoneal**, sin elementos sospechosos de magnitud en ninguno de los fragmentos examinados y sin poder establecer por el estudio anatómico si el origen primitivo de la lesión fue la pared duodenal o el tejido retroperitoneal''

## COMENTARIO

1) Como dijimos al principio en el *primer aspecto* o sea el de la sintomatología lo más llamativo del caso es la comprobación de una tumoración abdominal de crecimiento progresivo y local, que alcanza proporciones desusadas; y la culminación del proceso con cataclísmicas hemorragias digestivas en forma de hematemesis y melenas, que condicionan por esas características un origen alto en el tubo digestivo y a discutir siempre con los provocados por los procesos comúnmente encontrados (como originarios de pérdidas sanguíneas a ese nivel.

En nuestro medio se conoce muy bien ese problema a partir de las enseñanzas e insistencias del Prof. Larghero pero no conocemos una causal de esta naturaleza como provocadora de tales pérdidas sanguíneas.

2) *En el segundo aspecto* las características del tumor, un leiomioma sin características de malignidad, encapsulado, de un enorme desarrollo (5 kilogramos 50 grs.), clivable y extirpable a favor de su cápsula conjuntiva, a pesar de las dudas de primer momento. La localización especial del tumor, retroperitoneal, por detrás del mesocolon y del mesenterio, ocupando el hemivientre derecho pero pasando al otro lado por delante y cabalgando la columna y la aorta, y por detrás del pedículo mesentérico superior, la cual pinza se marca en la estructuración general del tumor con un lóbulo mayor, derecho y otro más reducido, izquierdo.

Y la relación más importante y explicatoria de la sintomatología, la compresión y ulceración de la parte baja de la segunda porción del duodeno, apretada contra la cara lateral derecha de la columna lumbar;

con dilatación muy grande de la parte proximal del conducto y una solución de continuidad de más de 5 cms. por 5 cms. de amplitud, con un grueso reborde limitante que habla de la cronicidad de la relación por la cual se introducía como un tapón de champagne una parte exofítica del tumor que aparece en la pieza coloreada de bilis, que ocupaba la luz duodenal.

Además, lo dislocación del riñón derecho hacia arriba y afuera elogiando las cavidades y conducto excretor.

Un punto interesante a dilucidar es de donde se originó el tumor; de la fibra lisa sí; pero de cuáles? de las fibras lisas retroperitoneales que se describen en el tejido celular local? o de la propia pared del duodeno? lo que explicaría la relación íntima con este conducto y la luxación del riñón hacia afuera sacándolo de la relación habitual con la segunda porción duodenal.

3) En cuanto al tercer aspecto, el de la táctica quirúrgica. Ante el predominio e iniciación del proceso tumoral a la derecha, se abordó por una transversa desde el flanco hasta pasar la línea media obteniéndose una buena luz operatoria, incisión ampliable, si las circunstancias lo exigían.

La enucleación del tumor, clivando su cápsula de envoltura, aunque laboriosa, no fue difícil, claro, después de efectuar los decolamientos mesocolon-mesentéricos a partir de la gotera parietocólica derecha; pero dejó evidente la grosera solución de continuidad duodenal que planteó un difícil problema de cierre.

Se preparó los bordes de la gran brecha y se efectuó una sutura parietal en los dos planos habituales, transversa al eje del intestino.

Desde luego que no podíamos estar tranquilos con esa reparación aunque la sutura fue bastante satisfactoria; pensamos en la digestión, distensión y su fracaso, con la fístula consecutiva y entonces, a la intubación por vía alta que tenía el enfermo le agregamos, teniendo en cuenta casos anteriores de duodenos lesionados, una yeyunostomía de aspiración que iba a la zona de sutura y una yeyunostomía de alimentación hacia la porción distal del intestino. (diapositivo).

Lo que se aspiraba por las primeras se ponía por la yeyunostomía de alimentación.

Esto nos dejó satisfechos y la evolución post-operatoria y posterior del enfermo, un año de evolución sin incidentes, confirmó las excelencias del procedimiento, creemos a tener muy en cuenta en la solución de casos similares.

**Dr Carlos Stajano:** . . . además, la comunicación es sumamente instructiva y enseñante, y por eso que lo felicito, por la conducta terapéutica que siguió, al ser de origen duodenal y al tener que hacer una resección de la pared, hizo una resección circular o resección segmentaria, eso es lo que no pude precisar. . .

**Dr Varela Soto:** No, no hice resección, Dr., suturé...

**Dr. Stajano.** Suturó, perfecto, y entonces, dada la dificultad y dado el peligro que entraña toda sutura duodenal, sobre todo cuando hay una mortificación o procesos vasculares por implantación del tumor, la práctica de haber hecho el doble drenaje, de absorción, de drenaje, de aspiración, para asegurarse la sutura y la intubación de alimentación, es una cosa realmente muy instructiva, dada la evolución y dado el conocimiento de lo que son las suturas duodenales por bien hechas que sean, siempre tienen su peligro de la fístula duodenal. De manera que yo creo que la presentación es digna de elogio, y lo felicito por todas esas enseñanzas.