

Leiomioma de intestino delgado

Comunicación previa

Dres. ALIDES GONZALEZ-FERNANDEZ
y JAVIER MENDIVIL-HERRERA *

CONSIDERACIONES PREVIAS

Esta comunicación a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, tiene la finalidad de llamar la atención y contribuir con 2 nuevos casos, a la casuística y bibliografía nacional, de por sí escasas, de una entidad nosológica de rara frecuencia: el Leiomioma de Intestino Delgado.

Inscripto obviamente dentro de la patología tumoral del mismo, ocupa un pequeño lugar dentro del conjunto de los tumores malignos, encontrándosele con mucha menor frecuencia, que los tumores de estirpe epitelial.

Las nuevas adquisiciones en el diagnóstico previo, clínico, Rx. contrastada, angiografía selectiva, etc., hacen posible su mejor conocimiento en sí y de sus complicaciones, de su abordaje y diagnóstico per-operatorio, su resección con criterio oncológico, en suma, su mejor tratamiento.

La semejanza de los 2 casos que se presentan surge de:

1. haber sido intervenidos de urgencia, por una complicación aguda del propio proceso tumoral; en ninguno se hizo diagnóstico clínico previo; durante el mis-

mo sólo de tumor y su complicación y sólo la anatomía patológica dio el diagnóstico correcto del proceso;

2. su similar forma clínica de presentarse, así como su patología macro y microscópica, aunque diferentes en su evolución postoperatoria;
3. haber sido presentados ambos en el 1er. Curso para Graduados de la Clín. Quir. "2", Prof. Cendán Alfonso, junio 1971, con desconocimiento de ambos autores, de la semejanza de los mismos.

Esta comunicación previa no pretende ser una puesta al día del tema; su complejidad es obvia; la revisión bibliográfica ha sido dificultosa, tanto por los pocos casos registrados, su exacta catalogación nosológica y la dificultad de conseguir las fichas bibliográficas respectivas.

Creemos que la misma pueda ser la base de un estudio más completo "a posteriori".

CASUÍSTICA

CASO 1.—Hospital Maciel; Servicio de Guardia; 18 de mayo de 1970.

M.D.; hombre, 51 a.; paciente en grave estado de quien no se obtienen datos concluyentes de su historia clínica que afirmen el diagnóstico en relación a la presencia de un tumor intestinal, pero sí de un síndrome de peritonitis difusa aguda perforativa.

* Médico Auxiliar, Clínica Quir. Fac. de Med. de Montevideo y Cirujano de Guardia, Hosp. Maciel, M.S.P. Presentado el 6 de octubre de 1971.

Intervención: Urgencia, previa reposición de 6 horas. Cir.: Dr. Mendivil y col.; anest. gral. Diag. preop.: peritonitis aguda apendicular. Paramediana derecha infraumbilical: a) gran cantidad de líquido serohemático inodoro, que inunda el Douglas; ansas delgadas rojo violáceas, edematosas, moderadamente distendidas, sin signos de oclusión mecánica; b) en región mesocelíaca tumor en íntima relación con el borde antemesentérico del ansa ileal que le da origen, de 15 por 8 cms., apoyado en toda su base en la misma, sesil, encapsulado, polilobulado, con perforación en su extremidad proximal, de donde fluye el líquido anteriormente descrito. No hay surco de separación entre tumefacción e intestino y está implantado a 1,20 m. de la unión ileocecal; c) edema del mesenterio local y regional, no hay adenopatías en la raíz del mismo, con las salvedades del caso; d) resección en block de intestino y tumor a 12 cms. proximal y distal al mismo; anastomosis terminoterminal según técnica habitual; aspiración, secado, contralor, tubo al Douglas; cierre por planos; e) abierta la pieza de resección se observa: 1) tumoración quística, conteniendo líquido serohemático con fibrina y vegetaciones; 2) no hay comunicación de la cavidad tumoral con la luz intestinal.

Caso 2.—Hospital de Clínicas; Servicio de Emergencia; 4 de diciembre de 1967.

G.F.G.; hombre, 56 a.; H.C. N° 98359. En su historia clínica se comprobó: a) preoperatorio inmediato: constipación; b) dos meses antes, melenas que obligaron a reposición sanguínea; esto hizo sospechar la existencia de un úlcus duodenal indicándosele régimen dietético medicamentoso; c) previo al acto quirúrgico se palpó tumefacción paramediana derecha, dolorosa y Douglas doloroso pero libre.

Intervención: Urgencia; Cir.: Dres. Asiner, González y col. Diag. preop.: peritonitis difusa; tumefacción de posible origen apendicular. Incisión de Mac Burney-Gosset ensanchada: a) líquido serohemático abundante y fétido en cavidad peritoneal; b) masa tumoral en el espacio mesentérico-cólico derecho, implantada sobre el borde antemesentérico de un ansa yeyunal alta, caída hacia la derecha; de 15 por 10 cms. recubierta parcialmente por epiplón, limitada, encefaloidea; c) perforación del ansa yeyunal, vecina al tumor, donde fluye líquido libre en la cavidad peritoneal; d) adyacente al mesocolon derecho hay 3 nódulos de 1 cm. de diámetro, similares al tumor principal y separados del mismo; no adenopatías detectables; e) resección del tumor con el ansa yeyunal correspondiente, a una distancia de 20 cms. del mismo; queda un sector del tumor que en las maniobras se abre, en forma de lámina adherida al colon ascendente; anastomosis terminoterminal; drenajes, cierre por planos.

Esquemizamos la evolución de estos casos:

Caso 1.—Dentro de los límites normales en las primeras 48 horas; luego oligoanuria progresiva; a pesar de las medidas de recuperación, esta persiste, por lo cual se traslada a la Unidad de Riñón Artificial del Hospital de Clínicas; hemodiálisis extracorpórea; fallece a las pocas horas de la primera sesión.

Necropsia: H.C. N° 305094. Resumiremos las consideraciones sobre la causa inmediata de muerte: "Se puede considerar que la muerte de este paciente luego de ser sometido a hemodiálisis extracorpórea, puede estar vinculada a una hipervolemia postdiálisis, sola o asociada a un desequilibrio postdiálisis, teniendo en cuenta que la azoemia prediálisis era de gr. 4,05%.

"De todos modos el problema de fondo se confirma como una peritonitis con necrosis de la zona de sutura intestinal, además de un proceso neumónico de rocho, edema agudo pulmonar bilateral y gastritis hemorrágica ulcerativa". (Dr. Petruccelli).

Caso 2.—Reingresa 3 meses después de la intervención relatada por recidiva de la tumoración abdominal.

Primera reintervención: se ratifican los nódulos tumorales peritoneales ya descritos en el colon ascendente; hemicolectomía derecha con ileotransversostomía laterolateral.

Segunda reintervención: dos meses después; drenaje de abceso subfrénico y nueva ileotransversostomía. Muerte al tercer día del postoperatorio. No se consiguió necropsia.

COMENTARIOS; FORMAS CLINICAS

El aporte de 2 nuevos casos aparecidos en un lapso de 4 años en nuestro medio, nos obliga a algunos comentarios y consideraciones que creemos del caso formular.

a) *Frecuencia:* es rara de por sí y en relación a otras localizaciones digestivas; según Raiford, constituyen en total el 4,9 % de las lesiones malignas del tracto digestivo, presentándose más comúnmente el adenocarcinoma, siguiendo en este orden, los sarcomas, los tumores carcinoides, y en fin, otras formas excepcionales, que en un momento dado constituían el rubro "Miscelánea", tales los tumores de origen conjuntivo vascular, que con las nuevas formas de estudio y diagnóstico, están más en el conocimiento actual.

Dentro de los sarcomas, los originados en las capas musculares (externa, interna y muscularis-mucosae) del yeyunoíleon, Doob, en una revisión bibliográfica (1875-1933), encontró sólo 18 leiomiomas. Según Rankine (40), de 250 sarcomas del intestino delgado, solo 14 casos fueron leiomiomas. Según Ewing, los tumores malignos del intestino grueso y delgado, se presentan con una frecuencia de 97,5 % y 2,5 %, respectivamente.

Shackelford, en su capítulo sobre intestino delgado, reúne 145 fichas bibliográficas en las que no cita ninguna sobre el tema. Gorostiaque (17) en una revisión de la casuística argentina hasta 1957, encuentra sólo 2 casos.

En una revisión de la bibliografía nacional no hemos encontrado nada sobre el tema. En una comunicación personal hecha a uno de nosotros por el Prof. Alberto L. Matteó, nos señalaba que en un nuevo estudio hecho sobre piezas de interés, guardadas en el Museo del Instituto de Anatomía Patológica, encontró que, un preparado estudio por el Prof. Lasnier, en 1928, del Hospital Maciel, rotulada como sarcoma, se trataba de un leiomioma de delgado.

Asimismo el Dr. Walter Fontán, de la Posta Central del M.S.P., nos comunicó la existencia de otro caso, rotulado como tal, pero aún motivo de nuevos estudios.

Por último citamos la comunicación personal del Dr. Adolfo Vacarezza de un caso de leiomioma de yeyuno en una paciente

mujer de 60 años, operada hace 5 años con el diagnóstico de pancreatitis crónica; la laparotomía exploradora mostró el tumor antedicho y esta paciente actualmente está en buenas condiciones.

El aporte nuestro hace aumentar presumiblemente, y hasta nueva revisión, la casuística nacional a 5 casos.

b) *Topografía*: un hecho adquirido desde hace años es que el cáncer primitivo de intestino delgado no respeta ninguna porción del mismo, pero según su naturaleza tiene predominancia:

- 1) el carcinoma, en topografía proximal;
- 2) el sarcoma, en topografía distal;
- 3) el carcinoide; apéndice, duodeno, etc.

En los 2 casos que presentamos se dividen por partes iguales en su localización topográfica general; caso 1: ileal; caso 2: yeyunal. Evidentemente con tan exiguo aporte, no sacamos conclusiones estadísticas valederas.

c) *Edad y sexo*: de acuerdo a la bibliografía es entre 30 y 40 años que se registra el mayor número de casos, y en proporción doble del sexo masculino al femenino.

En nuestros casos ambos fueron varones; sus edades dentro de la sexta década de la vida. Esto se refiere, por supuesto, al tratamiento de una complicación de los mismos, sin tener datos exactos del tiempo de su historia previa, que podrían variar este concepto.

d) *Sintomatología y formas clínicas*: la dificultad del diagnóstico de estos tumores, se debe a que por mucho tiempo no tienen sintomatología propia, antes de que sobrevenga una complicación. Por eso, Hartman ha calificado al yeyunoíleon como "zona silenciosa del intestino".

Estas complicaciones se manifiestan en variada forma, y con prioridades diferentes de acuerdo a las distintas estadísticas relatadas. Creemos que se traducen por alguno de los 4 síntomas que, aislados o combinados entre sí son:

- a) perforación en cavidad peritoneal libre;
- b) obstrucción intestinal mecánica;
- c) tumefacción intestinal;
- d) hemorragia digestiva baja.

Según Gorostiague (18), la enterorragia junto con el tumor palpable es la forma más común de presentarse el leiomiomasarcoma, aunque hay discrepancia sobre este punto entre los distintos autores.

Nosotros tuvimos la siguiente incidencia:

Caso 1: como un cuadro peritoneal agudo perforativo, sin tumefacción palpable y sin signos previos de obstrucción o hemorragia;

Caso 2: como peritonitis difusa perforativa y tumefacción intraperitoneal, con antecedentes presumibles de hemorragia digestiva.

En ambos, como ocurre habitualmente, el diagnóstico correcto y precoz no fue hecho; la complicación que puso en evidencia el tumor fue la perforación y su subsiguiente cuadro peritoneal agudo. La simulación con otros cuadros de origen digestivo crónicos, intermitentes o agudos, puede ser lo habitual; podríamos citar una serie de cuadros clínicos que no vienen al caso.

Según Golden y Stout, la hemorragia es el hallazgo más frecuente en los tumores de origen conjuntivo del yeyunoíleon.

En el acto operatorio, con la pieza de resección en la mano, y el examen macroscópico de la misma, tampoco se pudo hacer el diagnóstico; este fue hecho histológicamente por el informe del patólogo. Los autores piensan que, probablemente en el futuro ante situaciones similares y piezas operatorias parecidas, con la experiencia adquirida, puedan aproximarse al diagnóstico correcto.

e) *Diagnóstico*: de todo lo dicho anteriormente surgen las dificultades del diagnóstico preoperatorio y aun durante la intervención. Gamble (16), reafirma esto diciendo que "el fracaso en hacer un diagnóstico preoperatorio se debe a que en general los pacientes "tienen una obstrucción aguda u otra complicación antes de ser examinados".

En los casos presentados la complicación que enmascaraba la tumoración era una peritonitis generalizada de varias horas de evolución. En ambos el examen físico revelaba sólo este síndrome y en ninguno de los 2 la historia clínica hacía sospechar su etiología. Probablemente tampoco el estudio radiológico simple hubiera aportado más datos.

Creemos actualmente, que con los progresos de la radiología y sus variantes, en especial la angiografía selectiva pueden ser fundamentales para establecer o corroborar un diagnóstico. En los 2 casos que comunicamos, ninguno de estos exámenes mencionados, pudo ser realizado.

ANATOMIA PATOLOGICA

Los informes anatomopatológicos fueron los siguientes:

Caso 1.—Posta Central; M.S.P. Director: J. J. Scandroglio. Nº 701656.

Examen macroscópico: el material recibido fijado en formol, está constituido por fragmentos de intestino fijado y abierto, que mide 110 por 75 por 40 mm. Al corte, la totalidad de la pieza está constituida por un tejido blanquecino denso, de aspecto tumoral.

Examen microscópico: los fragmentos de pared intestinal examinados muestran la sustitución de todas las capas del órgano, por una lesión con los caracteres histocitológicos de un leiomiomasarcoma. Constituido por fibras musculares lisas, dispuestas en haces orientados en distintos sentidos, con núcleos ovoideos, con moderada variación de volumen hiper cromáticos, y con escasas mitosis (bajo grado de malignidad). Hoy zonas de necrosis y supuración en superficie y en el espesor de la masa tumoral, lo que explica la perforación. En suma: leiomiomasarcoma del íleon. Firmado: Dr. W. Fontán.

Caso 2.— Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de Clínicas.

Examen macroscópico: fragmento de ansa intestinal delgada perforada en el borde antemesentérico; la perforación que compromete hasta la mucosa se comunica con una cavidad anfractuosa con contenido necrótico y hemorrágico, delimitada por una pared constituida por tejido tumoral extensamente necrosado y en cuya superficie externa se adhiere el epiplón. La pared de la cavidad labrada en el tumor está rota y despegada; las zonas donde el tumor conserva su estructura son blancogrisáceas, friables.

Examen microscópico: se examinaron fragmentos de pared intestinal a nivel de la perforación y comunicación con la bolsa del tumor; se observa en la pared intestinal, zona de necrosis correspondiendo a la perforación del tumor. En los bordes, en el espesor de la submucosa, se observan restos del tumor parcialmente necrosados, entremezclados con tejido de granulación de reparación. En suma: leiomioma de yeyuno, densamente celular y con relativa frecuencia de mitosis. Firmado: Br. Falconi.

Los informes del patólogo abundan en datos antes bien detallados que nos eximen de tratar en este capítulo tan especializado. Sólo diremos que ambos correspondían a formas tumorales exoentéricas, reblandecidas, quísticas, con probable etapa previa o simultánea de crecimiento intramural, con procesos de inflamación, necrosis, ulceración y perforación. En ninguno de ambos casos se comprobó proliferación o crecimiento intraluminal intestinal.

En el caso 1 no había comunicación de la luz intestinal con la cavidad tumoral; la perforación fue de esta última hacia la cavidad peritoneal con versión del contenido de la misma, dando origen al cuadro de peritonitis generalizado ya descrito.

En el caso 2 la perforación asentaba en el ansa intestinal próximo al tumor y en el propio tumor, habiendo comunicación entre la luz intestinal y el mismo.

Riverós e Isasi Fleitas (41) describen una observación muy parecida a las nuestras, junto con otros 11 casos distintos sobre tumores del delgado.

TRATAMIENTO

Esencialmente quirúrgico. Su indicación va dirigida a:

- la laparotomía diagnóstica; el tratamiento de la peritonitis aguda y la búsqueda de su etiología;
- hecho el diagnóstico, una amplia resección primaria con criterio oncológico de la lesión con el intestino vecino, mesenterio y ganglios regionales afectados en un solo block;
- restablecimiento de la continuidad intestinal mediante la forma de anastomosis conveniente al caso;
- limpieza, drenajes, avenamientos, etc., de la cavidad peritoneal de acuerdo a lo realizado.

Como en general se presentan bajo una de las complicaciones que ya describimos, es necesario un período previo de reposición hemática, hidrosalina, etc., a fin de colocarlos en un mínimo de seguridad operatoria imprescindible.

No tenemos la experiencia necesaria ni transmitida por colegas para agregar a este capítulo la radioterapia y sus variaciones, así como la quimioterapia antitumoral.

CONCLUSIONES

1º Los dos casos que se traen a esta Sociedad, debutaron con una complicación semejante.

2º Esta fue una peritonitis aguda difusa perforativa del tumor o del ansa tumoral próxima, hecho no común en la bibliografía consultada.

3º Ambos tenían similitud en su forma anatomopatológica, y se presentaron clínica y evolutivamente en forma distinta, siendo a mayor o menor plazo, de evolución fatal. Este último concepto, está más en relación a su complicación, es decir, peritonitis aguda difusa, que al tumor en sí.

4º Insistimos en la escasa bibliografía e información nacional sobre el tema, así como la poca información universal, con confusión acerca de su exacta catalogación patológica.

RESUMEN

Se presentan 2 observaciones sobre leiomioma de intestino delgado, que tienen como nexo común, además de su anatomía patológica, la similitud de presentación clínica.

Se comentan sus formas clínicas, se transcriben sus informes anatomopatológicos completos.

Se resumen las directivas generales de tratamiento.

Se hace una revisión de la casuística nacional y extranjera.

RÉSUMÉ

Observation de deux cas de liomyosarcome de l'intestin grêle, qui outre leur anatomie pathologique ont en commun une similitude de présentation clinique.

Exposé sur leurs formes cliniques, transcription des rapports anatomo-pathologiques complets.

Résumé des lignes générales de traitement.

Révision de la documentation nationale et étrangère pertinente.

SUMMARY

These two cases of leiomyosarcoma of the small intestine have in common, not only their Pathological Anatomy, but also similar clinical appearance.

Their clinical characteristics are discussed and their complete anatomo-pathological reports are transcribed.

The general guidelines of the treatment are discussed and both national and foreign case material is revised.

BIBLIOGRAFIA

1. ALCHE, S. et al. Leiomiosarcoma del intestino delgado. *Prensa Méd. Arg.*, 48: 3098, 1961.
2. ANDERSON, W. A. D. Patología. Ed. Inter. Médica, 1968.
3. ARISI, C. et al. Primary malignant tumors of the mesenteric small intestine. *Minerva Chir.*, 25: 1424, 1970.
4. BALAZS, M. et al. Tumors of the small intestine. *Orv. Hetil.*, 108: 1218, 1967.
5. BARREIRO, F. et al. Neoplasias del intestino y urgencia quirúrgica. *Rev. Esp. Enf. Apar. Dig.*, 32: 829, 1970.
6. BROOKES, V. S. et al. Malignant tumors of the small intestine ten years surveys. *Brit. J. Surg.*, 55: 405, 1968.
7. CACHAU, A. E. et al. Perforated sarcomas of the small intestine. *Pren. Méd. Arg.*, 52: 916, 1965.
8. CAMERON, A. L. Primary malignancy of the yeyunum an ileus. *Ann. Surg.*, 108: 203, 1968.
9. CASARINI, A. et al. Fibrosarcoma del digiuno ad infiltrazione intramurale. *Riv. Anat. Pat. Oncol.*, 27: 19, 1967.
10. CIESCO, P. et al. Tumores malignos del yeyuno ileon. *Prens. Méd. Arg.*, 56: 1045, 1969.
11. CROOM, R. D. et al. Benign an malignant tumors of the small intestine. *Southern Med. J.*, 61: 270, 1968.
12. DEGLI ESPOSTI, M. et al. Anatomico pathological and clinical considerations apropos of 7 cases of primary tumors of the small intestine. *Atti. Accad. Med. Lombard.*, 21: 55, 1966.
13. DORMAN, V. E. et al. Malignant neoplasms of the small bowell. *Aner. J. Surg.*, 113: 131, 1967.
14. ENRICO, L. et al. Contribution of the study of primary neoplasmas of the small intestine. (Clinical considerations on 7 cases). *Minerva Chir.*, 20: 675, 1965.
15. FLEMING, R. M. et al. Leyomiosarcoma of the yeyunum. *J. Intern. Coll. Sur.*, 14: 547, 1950.
16. GAMBLE, Jr. et al. Tumores malignos del intestino delgado. *Anales de Cirugia*, 13: 1005, 1954.
17. GOROSTIAGUE, S. Tumores del intestino delgado y del mesenterio. Relato al XVIII Cong. Arg. de Ctr., tomos I y II, Buenos Aires, 1957.
18. GOROSTIAGUE, S. Tumor del intestino delgado. En Christmann y col. *Clinica Quirúrgica*, 76: 589-595, 4ª Ed. Ed. El Ateneo, Bs. As., 1968.
19. HAMPOLE, M. K. et al. Primary malignant tumors of the yeyunum and ileum. *Canad. J. Surg.*, 9: 159, 1966.
20. HAFFNER, J. F. et al. Malignant tumors of the small intestine. *Acta Chir. Scand.*, 135: 543, 1969.
21. HARRISON, R. C. Tumors of the small intestine. *Postgrad. Med.*, 40: 84, 1966.
22. HILL, F. A. et al. Malignant tumors originatin in Meckel's diverticulum; case report of leiomiosarcoma and review of literature. *Am. J. Surg.*, 85: 525, 1953.
23. HORSLEY, G. et al. Leiomiosarcoma of the yeyunum, with two case reports and a review of the literature. *Ann. of Surg.*, 141: 799, 1955.
24. KELSEY, Jr. et al. Small bowell neoplasms, report of 100 cases. *Texas State J. of Med.* 61: 383, 1965. *Rev. Prens. Med. Arg.* 53: 1939, 1946.
25. KELE, J. et al. Leiomyosarcoma of Meckel's diverticulum. *Bull. Soc. Int. Chir.* 29: 65, 1970.
26. MAILLARD, J. P. et al. Tumeurs primitifs de l'intestin grele. *Praxis*, 51: 586, 1962.
27. MAXAM, B. Y. Primary malignant tumor of the yeyunum. *J. Indian Med. Ass.* 62: 1398, 1969.
28. McILRATH, D. C. Primary tumors of the small intestine. *Surg. Clin. N. Amer.* 47: 909, 1967.
29. McPEAK, C. Malignant tumors of the small intestine. Symposium of disease of small intestine. *Amer. J. Surg.* 114: 402, 1967.
30. MECH, K. F. Carcinoma of the yeyuno ileon. *Amer. Surg.* 33: 330, 1967.
31. MELLO, W. G. de. Prognosis of intestinal cancer in relation to the Rev. *Brasil. Gastroent.* 15: 123, 1963.
32. MICHANS, J. R. Patología Quirúrgica. Ed. El Ateneo. Bs. As. T. III. 936, 1965.
33. OSTERMILLER, W. et al. A clinical review of tumors of the small bowell. *Amer. J. Surg.* 111: 403, 1966.
34. PAULINO, F. et al. Tumors of the small intestine. *Hospital Rio de Janeiro.* 67: 687, 1965.
35. PEYCELON, N. R. et al. Anatomico clinical of a serie of 29 tumors of the small intestine. *Ann. Chir.* 24: 1261, 1970.
36. PILHEU, F. R. et al. Sarcomas del intestino delgado. *Pren. Med. Arg.* 40: 1551, 1955.
37. PORTA, J. P. et al. Les tumeurs malignes de l'intestin grele (duodenum excepté). *Lyon Chir.* 64: 755, 1968.
38. PRICE, L. A. Leiomyosarcoma of the intestine presenting with maelena. *Proc. Rov. Soc. Med.* 60: 4, 1967.
39. QUATTLEBAUN, R. B. Tummeurs primaires de jejunum et de l'ileon; 19 observations. *Am. J. Surg.* 103: 558, 1962.
40. RANKINE, J. A. Leiomyosarcoma of the small intestine. *The Canadian Med. A. Journal.* 48: 415, 1943.
41. RIVEROS, M. Cáncer. Problemas clínico terapéuticos. Capitulo: tumores del intestino delgado. Todo I. Ed. Paz Montaldo. Madrid. 253, 1953.