CIR. DEL URUGUAY, V. 41, Nº 5: 483-486, setiembre/octubre 1971

Leiomioma gástrico exofítico a crecimiento retroperitoneal

Dres. LUIS A. PRADERI, GONZALO MAQUIEIRA y JUAN F. CASSINELLI *

Presentamos un curioso caso de tumor gástrico, que por su crecimiento exofítico, sus desplazamientos viscerales, su asociación lesional y su naturaleza anatómica, obligó a adoptar una conducta terapéutica particular, con éxito.

Los leiomiomas constituyen, según las estadísticas extranjeras, la forma más común de los tumores benignos intramurales del estómago. En la estadística de Palmer (1951), reproducida por Harkins y Nyhus, se citan 610 casos, o sea el 37 % en un total de 1.660 lesiones benignas intramurales del estómago, seguidos en frecuencia por los fibromas que corresponden al 17 %.

En nuestro medio, la única publicación del tema, es la de Piquinela, Mañana y Toledo en esta Sociedad en 1958, sobre un caso de leiomioma gástrico ulcerado, que se tradujo por una hemorragia digestiva y que requirió junto a la resección gástrica la colectomía transversa segmentaria, igual que en nuestro caso.

S. R., 54 años. Enfermedad actual, con 8 días de evolución, caracterizada por dolor en hipocondrio izquierdo, constipación y fiebre que mejora con episodio diarreico. A los 4 días se instala nuevamente dolor intenso en hipocondrio izquierdo tipo cólico irradiado al dorso, detención del tránsito para materias y gases, estado nauseoso y temperatura de 38º. Abdomen flácciodo depresible, no distendido. Tumoración de fácil palpacion, de varios centímetros, alargada transversalmente, en el fondo del hipocondrio izquierdo, de aspecto polilobulado, dolorosa, con los caracteres de un tumor neoplásico. Macidez regional, no hay esplenomegalia clínica. Fosa lumbar izquierda libre. En el hipocondrio derecho. hepatomegalia al parecer nodular, muy dolorosa en el área vesicular. No ascitis. Tacto rectal s/p.

Este cuadro se desarrolla en un enfermo delgado, y adelgazado, con antecedentes dispépticos poco importantes, y facies tóxico.

Con la impresión clínica de oclusión colónica por neoplasia de transverso con un hígado secundario, se comienza el estudio radiológico y de laboratorio.

Estudio radiológico (Dr. F. Leborgne). Radiografía simple de abdomen en decúbito y de pie: se observa una tumoración redondeada del hipocondrio izquierdo. Hay una reducida cantidad de gases en el colon derecho con algunos pequeños niveles.

Colon por enema (fig. 1): hay una progresión normal del medio de contraste hasta el ángulo esplénico que está elevado y abierto. El bario pasa al transverso y ascendente con dificultad, pero sin evidencia de lesiones intrínsecas.

Impresiona como una tumoración de la región esplénica a pesar de que no desciende el ángulo esplénico del colon. No parece provenir de la logia renal porque la imagen y topografía del riñón en la radiografía simple es normal. El área hepática es también normal.

Urografía de excreción: sin anormalidades.

Hemograma: glóbulos rojos, 3.900.000; glóbulos blancos, 5.000; VES, 90 mm.-110 mm.

Descartado el origen colónica y renal de la tumoración, se plantea el tumor de cuerpo de páncreas o de retroperitoneo, con hígado secundario.

En vista de que persiste el síndrome febril y la repercusión general es evidente, se resuelve la intervención al 6º día del comienzo del cuadro actual.

Intervención. Incisión mediana supraumbilical.

En la exploración se evidencia:

a) Tumor de 20 por 25 cm. polilobulado, con zonas de consistencia variable, de aspecto neoplásico, ubicado en el hipocondrio izquierdo, sobre cuerpo y cola del páncreas, despliega el mesocolon transverso haciendo que el transverso izquierdo ascienda y quede sujeto a la tumoración; la rama cólica descendente está por detrás de la masa. Bazo libre, aumentado de tamaño, por probable compresión del pedículo.

La tumoración se abre en la retrocavidad y empuja e invade al estómago por la cara posterior de su cuerpo. A través de las paredes gástricas se toca un medallón de 4 cm. de diámetro dentro de la cavidad del órgano (invasión u origen del tumor).

La tumoración es móvil en su plano posterior, pero adhiere íntimamente y asimila a su estructura a los vasos del mesocolon transverso y vena mesaraica menor (fig. 2).

Hígado aumentado de tamaño, sin lesiones. Cabeza del páncreas s/p. No ascitis.

b) Vesícula tensa con gran colecistitis y pericolecistitis que al liberarla se abre una perforación en el bacinete, dando salida a pus y gruesos cálculos facetados.

En vista del foco biliar perforado e infectado se resuelve realizar colecistectomía y biopsia tumoral, pues se desconoce su exacta naturaleza anatómica. Las precarias condiciones generales del enfermo y las adherencias o infiltraciones del tumor al colon, es-

---

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de noviembre de 1970.

* Profesor Adjunto de Cirugía; Asistente de Clínica Quirúrgica; Asistente del Departamento de Anatomía Patológica (Facultad de Medicina de Montevideo).

FIG. 1.— Colon por enema, mostrando el ángulo esplénico ascendido, con su rama transversa desplegada, enmarcando la opacidad tumoral.

tómago y páncreas, en la necesidad de una cirugía radical de exéresis, significaban una gran intervención; por tal motivo nos limitamos a la biopsia.

Postoperatorio. Buena evolución en general, salvo discreta infección de la herida operatoria.

En este período valoramos mejor el estado general del enfermo; se trata de una persona delgada de aspecto frágil y escaso desarrollo muscular, que se deshidrata por sudoraciones profusas al subir la temperatura, adquiriendo aspecto de demacración.

Lentamente se recuperó su estado general; obtuvimos el resultado de la biopsia: el Dr. Cassinelli nos informa que se trata de un leiomioma sin caracteres de malignidad.

Informe (Dr. Cassinelli). Biopsia de tumor. Trocito de 1 cm., formado por una proliferación de elementos fusocelulares alargados, de citoplasma acidófilo, con núcleos cilíndricos, dispuestos en haces entrecruzados, con leve fibrosis intersticial.

Los caracteres histológicos son los de un *leiomioma*. No tiene caracteres morfológicos atípicos, ni mitosis como para caracterizar una forma de mioma maligno (aunque estas formas retroperitoneales siempre merecen una reserva pronóstica).

Vesícula: colecistitis crónica litiásica con hiperplasia fibrosa, infiltrados crónicos, lesiones de colecistitis aguda en regresión con necrosis hemorrágica y focos abscedados; zona de efracción parietal.

Se le plantea al enfermo la segunda intervención que se realiza a los 15 días de la primera.

Segunda intervención. Se reabre la incisión mediana supraumbilical, que favorecida por la hipotonía de la pared abdominal, facilita un acceso amplio al epigastrio e hipocondrio izquierdo.

Se abre la retrocavidad por liberación de gran curva gástrica, seccionando el ligamento gastrocólico se logra contornear la adherencia al estómago, comprobándose que es el verdadero origen del tumor; el tumor ocupa todo el espesor de la pared gástrica en un área redondeada de 4 cm. de diámetro sobre la cara posterior del cuerpo. Se trata pues de un tumor gástrico que crece escasamente hacia la luz del órgano, y se desarrolla enormemente hacia afuera en la retrocavidad.

Se reseca el medallón de la pared gástrica tumoral con un amplio margen y se sutura el estómago en dos planos.

Se prosigue la resección tumoral desprendiéndolo de la cara anterior del páncreas. Adhiere íntimamente al mesocolon transverso, cuyos vasos están incorporados a la masa tumoral, lo que obligó a resecar el meso incluyendo la ligadura de la mesentérica inferior.

FIG. 2.— Esquema frontal y lateral, para mostrar la ubicación del tumor y sus desplazamientos viscerales.

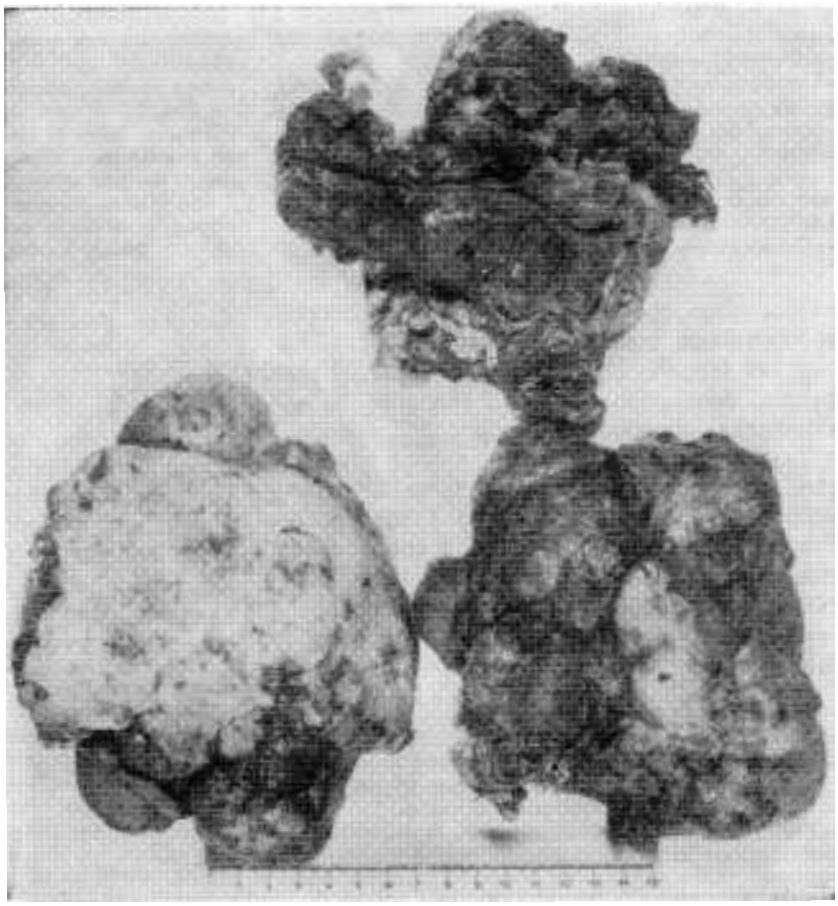

FIG. 3.— Pieza de resección: en la parte superior el colon resecado con su meso, abajo el tumor seccionado para mostrar su estructura y superficie. Se observa en la mitad derecha el medallón de pared gástrica del que se originó.

La masa tumoral adhería al colon transverso en su porción izquierda, sin alcanzar el ángulo que es muy alto y profundo.

La ligadura del meso produjo la infartación del colon, lo que determinó la resección segmentaria con anastomosis terminoterminal, previa liberación y movilización del ángulo esplénico y descendente.

Se consigue así realizar una exéresis radical del tumor cuyos límites son bien definidos, seccionando tejidos lejos de la zona tumoral. La invasión vascular obligó a la resección colónica.

Control de hemostasis: drenaje del hipocondrio izquierdo por contraabertura.

Buena evolución. Restablecimiento del tránsito intestinal a la normalidad y tolerancia gástrica completa.

Han transcurrido dos meses de la segunda intervención y el enfermo se encuentra muy bien.

Examen anatomopatológico (Dr. Cassinelli) (fig. 3). Voluminosa tumoración de 1.00 gr. y 18 cm., en su máxima extensión, de superficie tuberosa, irregular, de apariencia circunscripta por una reacción fibrosa en algunas partes, y cubierta de tejido adiposo en otras; hay una saliencia hemiesférica de 4 cm., cubierta de mucosa gástrica, que se proyecta en forma de cuña hacia el interior del tumor. Las superficies de sección muestran un tumor sólido, de mediana consistencia, de apariencia fasciculada en algunas zonas, salpicada de innumerables focos congestivos y hemorrágicos, con focos de tejido esclerohialino, pero sin focos de reblandecimiento colicuativo seroso. Aparte, bazo de 250 gr., de configuración regular, sin modificaciones ostensibles en la superficie de seccion, y segmento de colon, de unos 25 cm., con epiplón adherido.

Microscópicamente, el tumor tiene la estructura de un leiomioma, con elementos fusocelulares de citoplasma fibrilar acidófilo, en general bien diferenciados, y mayoritariamente dispuestos en haces entrecruzados. Hay numerosos focos de hemorragia intersticial, y muchos de ellos contienen depósitos de hemosiderina (testimonio de antiguas hemorragias organizadas). Hay zonas de esclerohialinización intersticial, a veces edematosos, pero no hay cavidades de reblandecimiento colicuativo. A pesar de las alteraciones provocadas por las hemorragias, el sufrimiento celular no provoca figuras degenerativas ostensiblemente atípicas, y en la vasta extensión de los fragmentos examinados, muy excepcionalmente se ve alguna mitosis.

Un sector periférico, muestra el recubrimiento tumoral por una extensión de mucosa gástrica de tipo fúndico (ácida), y la muscularis mucosa conserva su integridad, sobre el crecimiento tumoral (el mioma nace de la muscular propia, y no de la muscularis mucosa). Otros sectores (el polo opuesto del tumor), muestran una relativa circunscripción por gruesas bandas de colágeno, que los separa del tejido adiposo retroperitoneal, y se ven brotes miomatosos penetrando agresivamente estas zonas de tejido escleroso periférico, pero sin evadirse hacia la grasa libremente.

Se trata de un *voluminoso leiomioma originariamente gástrico, pero de crecimiento exclusivamente exogástrico hacia el retroperitoneo.*

Aunque no hay caracteres citológicos demostrativos de las formas malignas, sarcomatosas, el desmesurado volumen del tumor, traduciendo el giroso crecimiento sostenido en el retroperitoneo, seguramente relacionado con un largo tiempo de evolución, y las manifestaciones de sufrimiento vascular, deciden a clasificarlo como *leiomioma maligno* (eventualmente metastasiante), imponiendo una reserva pronóstica.

En suma, se considera leiomiosarcoma o leiomioma maligno (Ghon y Hintz), no por las figuras citológicas, sino por el potencial de crecimiento y la invasión de estructuras adyacentes.

Los leiomiomas malignos tienen un crecimiento expansivo más que infiltrativo, suelen ser circunscriptos y pediculados intra o extragástricos. Estos hechos son los que llevan a considerar cierta reserva pronóstica en este caso.

RESUMEN

Es un tumor gástrico poco frecuente, leiomioma a gran crecimiento exofítico, con la apariencia de los grandes tumores retroperitoneales.

No da sintomatología sobre la víscera en que asienta, y se traduce por suboclusión de colon.

Radiológicamente es tumor opaco, de la retrocavidad, que corresponde a la zona del cuerpo del páncreas y que despliega hacia arriba, abriendo el ángulo c´lico izquierdo, en lugar de cerrarlo.

Existía una rara asociación de tumor gástrico a crecimiento lento, y colecistitis aguda litiásica en etapa preperforativa que explica el síndrome infeccioso y simula el hígado secundario.

Se planteó al enfermo la existencia de un tumor benigno, para prepararlo a la segunda intervención de mayor entidad.

Se adoptó una conducta quirúrgica en dos tiempos, el primero séptico, el segundo con una resección colónica obligada por compromiso de sus vasos nutricios.

El tumor era histológicamente benigno, pero dado el sufrimiento vascular (eventualmente metastasiante) se decide clasificarlo como leiomiosarcoma de pronóstico reservado.

RÉSUMÉ

Tumeur gastrique peu fréquente, liomyome de grande croissance exophytique, ayant l'apparence des grandes tumeurs retropéritonéales.

Ne présente das de symptomatologie dans le viscère dans lequel elle se situe et qui se traduit par une sous-occlusion du côlon.

A la radiologie, clert un tumeur opaque, de la retrocavité, qui correspond à la zone du corps du pancréas et qui se déploie vers le haut, ouvrant l'angle colique gauche au lieu de le fermer.

Association rare de lésions - tumeur gastrique à croissance lente et cholécystite aigüe lithiasique avant perforation qui explique le syndrome infectieux et simule le foie secondaire.

Le malade fut exposé sur l'existence d'une tumeur bénigne, afin de le préparer à la seconde intervention de plus grande envergure.

On fait chirurgie en deux temps, premièrement septique, ensuite de résection du côlon, indispensable vu l'engagement des vases nourriciers.

Du point de vue histologique, tumeur bénigne, mais que la souffrance vasculaire (métastase éventuelle) nous porte à classer comme liomyosarcome à pronostic réservé.

SUMMARY

A rare gastric tumor, the leiomyoma with very large exophitic growth, has the appearence of large retroperitoneal tumors.

It is a gastric tumor and presents no symptoms on the viscus on which it is appended; causing only sub-occlusion of colon.

Radiologically, it is an opaque tumor, of the retrocavity, corresponding to the area of the body of the pancreas and extends upwards opening the left colic angle, instead of closing it.

It is a rare lesional association of a slow-growth gastric tumor and acute lithiasic cholecystitis in the perforative stage, which explains the infectious syndrome and simulates a secondary liver.

The patient was informed of the existence of a benign tumor so as to prepare him for the second, more serious, operation.

Was treated with two-step surgery; the first, septic; the second with unavoidable colonic resection due to involvement of its nutrional vessels.

The tumor is histologically benign but due to is vascular damage (and eventual metastases) it is decided to classify it as a leiomyosarcoma with reserved prognosis.

BIBLIOGRAFIA

1. GOLDEN, E. and STOUT, A. P. Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract and retroperitoneal tissues. *S. G. O.*, 73: 784, 1941.
2. HARKINS, H. N. and NYHUS, Ll. M. *Surgery of the stomach and duodenum.* Little, Brown and Co. Boston, 1962.
3. PIQUINELA, J. A., MAÑANA, J., COLAB, A. P. y TOLEDO, N. Leiomioma de estómago. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 29: 161, 1958.
4. STAJANO, C. y SCANDROGLIO, J. Tumores benignos intersticiales pediculados submucosos o subserosos de naturaleza discutida. *An. Fac. Med. Montevideo*, 26: 179, 1941.