

## Leiomioma de duodeno

Dres. CARLOS MESCIA, BOLIVAR DELGADO y LUIS M. FALCONI \*

La baja frecuencia de los tumores primitivos de duodeno y las dificultades diagnósticas que ellos plantean, nos ha llevado a presentar este caso recientemente observado, de un leiomioma de duodeno.

P. A. de C., 59 años, sexo femenino; antecedentes de dispepsia hiperesténica desde 1968, distensión abdominal postprandial y diarreas periódicas. Radiografía de gastroduodeno, colecistografía y colon por enema, normales. Quimismo gástrico: hipoclorhidria. Rectosigmoidoscopia: anitís, papilitis hipertrófica.

Fue tratada con antiácidos, antiespasmódicos y sedantes, mejorando. En diciembre de 1972: melenas, sin repercusión hemodinámica; radiografía de gastroduodeno, normal.

En febrero de 1973: melenas durante cuatro días, que la llevan a una anemia severa, con hematocrito de 20 %; el examen abdominal es negativo. Gastroduodeno y colon por enema, normales. Como no mejora con tratamiento médico, se decide realizar laparotomía exploradora, sospechándose la existencia de un tumor ulcerado de yeyunoileon.

*Operación:* (26/2/73): Anestesia general. Incisión mediana supraumbilicar. Exploración de estómago y duodeno normal; a nivel del ángulo duodeno-yeyunal, existe un tumor ulcerado y sangrante. Se libera dicho ángulo, seccionando sus arcadas vasculares, luego de lo cual, la tercera porción de duodeno, se presenta con aspecto isquémico, por lo cual se secciona a nivel de la parte baja de la segunda porción, resecaando D3 y ángulo duodeno-yeyunal, luego de haberlo decusado por detrás del pedículo mesentérico. Duodenoyunosotomía (D2-Y) terminoterminal. No había metástasis.

*Anatomía patológica:* Pieza operatoria (Fig. 1): segmento de resección duodenoyeyunal, de 15 cm. de longitud, que en la unión del tercio proximal con los dos tercios distales (sobre cuarta porción de duodeno), presenta un nódulo parietal ulcerado de 15 mm. de

diámetro, sólido, blanquecino, elástico, localizado en la submucosa y parte de la muscular.

*Histología:* Tumor nodular, sólido, circunscripto, no encapsulado, que asienta en el espesor de la muscular propia, a la cual lamina y desplaza, haciendo prominencia en la superficie mucosa, recubierto por una muscularis mucosa hipertrófica. El tumor está constituido por células fusiformes, isomorfas, con los caracteres de un leiomioma del tubo digestivo. No hay caracteres citológicos de malignidad actual.

*Evolución:* A los dos meses, la enferma hace un síndrome de estenosis duodenal infravateriana, con vómitos biliosos, profundos. El estudio radiológico de gastroduodeno, mostró una estenosis a nivel de la anastomosis con dilatación del bulbo y segunda porción de duodeno (Fig. 2). Reintervenida (27/4/73), se hace una duodenoyunosotomía laterolateral anti-peristáltica. Evolución satisfactoria. Control radiológico cinco meses después, hay buen pasaje del medio de contraste al yeyuno.

### COMENTARIO

La frecuencia global de los tumores benignos y malignos del intestino delgado (incluido el duodeno), es de 0.54 % en material de autopsia, según Darling y Welch. La frecuencia de los tumores benignos del intestino delgado, es muy baja, 0.16 % aproximadamente (5). En el duodeno, son más frecuentes los tumores benignos que los malignos (adenomas, lipomas, leiomiomas), que sumados al páncreas accesorio, representan el 75 % del total. Solamente el 5 % de los leiomiomas del tubo digestivo, se localizan en el duodeno; son más frecuentes en segunda, tercera y cuarta porción. Se originan en el tejido muscular liso, son de desarrollo intra o extraluminal y no encapsulados. En nuestro medio, no hemos encontrado ninguna comunicación al respecto; en cambio existen comunicaciones de tumores del yeyunoileón. Nosotros revisamos todas las historias de tumores primitivos de duodeno del Hospital de Clínicas, hasta diciembre/72, y no encontramos ningún leiomioma con esta localización.

Adjunto Clínica Nutrición y Digestivo, Asistente Dpto. Emergencia, Asistente Anatomía Patológica. Fac. Med. Montevideo.

Presentado el 3 de octubre de 1973.

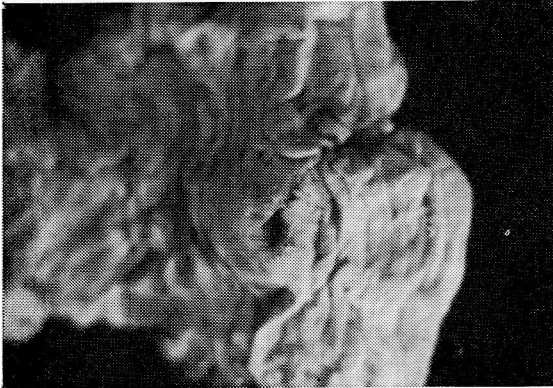


FIG. 1.— Aspecto del tumor.

El primer caso en la literatura mundial, fue descrito por Hoffmeister en 1935; luego han habido otras comunicaciones. En 1952, Straus y O'Kane (9), hacen mención a un leiomioma de segunda porción de duodeno, cuyo síntoma prominente fue la melena y revisando la literatura, encuentran un total de quince casos. En 1954, Cressman (2), comenta un caso, junto con cuatro observaciones de leiomiomas de estómago. Pringot y Bodart (7), en una revisión de tumores de duodeno, encuentran dos leiomiomas, sobre un total de catorce tumores diagnosticados en 5.230 estudios radiológicos. Últimamente han habido comunicaciones, con especial mención a un nuevo método diagnós-

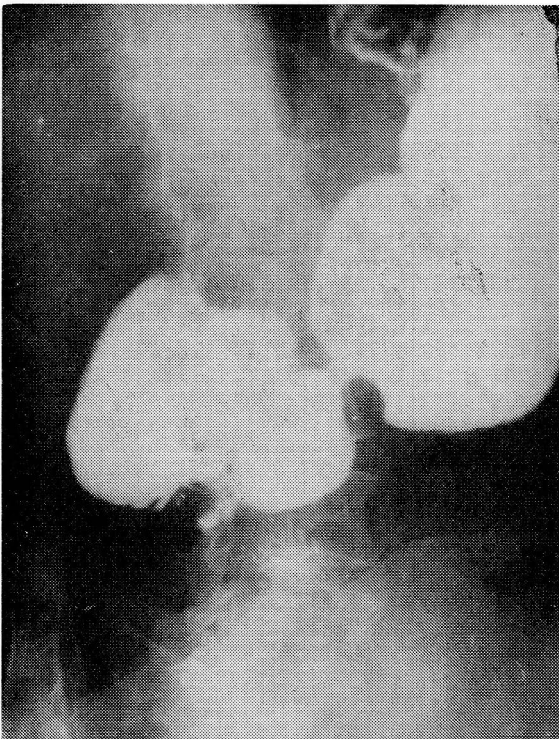


FIG. 2.— Estenosis postoperatoria.

tico, la arteriografía celiaco-mesentérica que comentaremos más adelante.

La sintomatología con que se presentan los leiomiomas, es inespecífica, como la de todos los tumores del intestino delgado. Son tumores parietales que pueden dar hemorragias en forma de melenas iterativas, por efracción de la mucosa, como aconteció en nuestra enferma. Otros síntomas pueden ser: dolor, síndrome obstructivo con o sin invaginación, anemia, masa palpable y excepcionalmente ictericia.

El diagnóstico de los tumores del duodeno, siempre presenta dificultades; en nuestra observación, no se pudo realizar ni por la clínica ni por el estudio radiológico gastroduodenal, dado el pequeño tamaño del tumor y su localización (sobre el ángulo duodenoyeyunal). Se debe sospechar su presencia cuando un enfermo tiene melenas de causa no aclarada, por métodos radiológicos y endoscópicos. El estudio radiológico debe ser hecho con mucha precaución, exigiendo siempre un completo estudio del arco duodenal en todo su extensión, siguiendo la columna baritada, después de la evacuación gástrica y luego haciendo radiografías seriadas tomando todo el yeyunoileon. Recordemos que los tumores exoentéricos del intestino delgado, dan la "imagen en tienda", con desplazamiento de las asas vecinas. Los leiomiomas endoluminales, pueden dar una imagen lacunar, regular, redondeada, de bordes netos, con base de implantación rodeada de mucosa normal y manteniendo la flexibilidad parietal. La radiografía convencional, se puede completar con enema del delgado, por sonda colocada en segunda porción de duodeno, pasando bario diluido y con duodenografía hipotónica. La radiología puede dar signos en los tumores benignos de duodeno, en cifras que varían del 43 al 81 % según las estadísticas. Últimamente se ha incorporado la arteriografía selectiva celiaco-mesentérica, que permite explorar hasta las arteriolas de la pared intestinal. En 1964, Debray y col. (3), publicaron un caso de leiomioma de intestino delgado, diagnosticado por este método, donde incluso la laparotomía exploradora había sido negativa. Paris, J. y col. (6), también encuentran un leiomioma de segunda porción de duodeno, estudiado por arteriografía selectiva, en un hombre de 32 años, con melenas recidivantes, que fué confirmado por laparotomía y estudio histológico. Lije, Cabol y otros (4), hacen diagnóstico de leiomioma de yeyuno, por arteriografía mesentérica superior, en una hemorragia digestiva masiva. Soletó Sáez y col. (8), analizan 174 hemorragias digestivas e incluyen dentro de los métodos diagnósticos, la arteriografía selectiva de mesentérica superior, con el hallazgo de un leiomioma de duodeno. Por último, no debemos olvidar la endoscopia, que con los modernos fibroscopios, nos permite visualizar hasta el duodeno. Pero, en lo que queremos insistir especialmente, es en el valor de la laparotomía exploradora, que debe hacerse siempre, en todo caso de hemorragia digestiva, sobre todo recidivante y cuya causa no se conoce, a pesar de los métodos radiológicos endoscópicos y de laboratorio efectuados.

Desde el punto de vista anatomopatológico, los leiomiomas, son generalmente tumores fir-

mes, sesiles, a veces discretamente lobulados, implantados en el borde antemesentérico del intestino y casi siempre únicos. Sus caracteres histológicos no siempre están de acuerdo con su biología (1); aquella puede ser benigna y coexistir con metástasis loco-regionales o alejadas; por el contrario, puede existir atipismo citológico y la resección limitada, curar definitivamente al enfermo. Se acepta que la proporción de mitosis, es el elemento de juicio más eficaz para determinar el grado de malignidad. Según Klopp y Crawgord (citados por Bockus), la degeneración maligna, se produce en el 15 a 20 % de los miomas del intestino delgado. En principio, todo tumor leiomiomatoso intestinal, debe considerarse como maligno, sobre todo si sus caracteres macroscópicos, sugieren largo tiempo de evolución; sin embargo ésta es lenta, tanto del tumor como de las metástasis.

Por último, queremos destacar, a propósito de nuestro caso la rara localización, que por lo mismo fue de difícil solución quirúrgica; la complicación evolutiva (estenosis duodenal postoperatoria) y la conducta final, reconstituyendo el tránsito intestinal, por una anastomosis duodenoyeyunal laterolateral.

#### RESUMEN

Se presenta un leiomioma de cuarta porción de duodeno, no diagnosticado por la clínica ni la radiología, que obligó a una laparotomía de urgencia por hemorragia digestiva grave y a una resección duodenoyeyunal. En el postoperatorio, una estenosis de la anastomosis, llevó a realizar una duodenoyeyunostomía laterolateral, con buena evolución ulterior. A propósito de este caso, se hace una revisión de los leiomiomas de duodeno y los procedimientos diagnósticos utilizados.

#### RÉSUMÉ

On présente un léiomyoma de la quatrième portion du duodénum, non diagnostiquée par la clinique ni la radiologie, qui a obligé a une laparotomie d'urgence par hémorragie digestive sévère et à une résection duodényeyunal. Dans le postopératoire, une estenose du anastomose a conduit réaliser une duodényeyunostomie latéro-latéral, avec une bonne évolution ul-

térieure. A propos de ce cas, on fait une révision des léiomyomes du duodénum et les procédés diagnostics utilisés.

#### SUMMARY

There is a leiomyoma of the fourth portion of the duodenum, not diagnosed clinically or radiologically, which made necessary an emergency laparotomy, and a duodeno-jejunal resection, because of severe digestive bleeding. Post-operatively, a stenosis of the anastomosis made necessary a latero-lateral duodenojejunostomy, with a good long-term result. As a result of this case, a search was made of the literature on duodenal leiomyoma, and the diagnostic procedures used.

#### BIBLIOGRAFIA

1. CASSINELLI, J. F. Consideraciones generales sobre el valor del diagnóstico histológico de los tumores del intestino delgado. *V Congreso Médico del Uruguay. Montevideo*, 6: 761, 1962.
2. CRESSMAN, R. D. Leiomyomas of the stomach and duodenum. *Gastroenterology*, 26: 239, 1954.
3. DEBRAY, Ch., LEYMARIOS, J., HERNANDEZ, Cl., HARDOUIN, J. P., PIRONNEAU, A. Tumeur bénigne de l'intestin grêle (léiomyome) diagnostiquée par arteriographie mésentérique supérieure. *Press. Méd.*, 72: 3005, 1964.
4. LISE, M., CAGOL, P. P., FELTRIN, P., PEDRAZZOLI, S. Massive digestive bleeding caused by leiomyoma of the small intestine. *Chir. Gastroent.*, 6: 379, 1972.
5. MACHELLA, T. E. Tumores del intestino delgado. (En: Bockus, H. L.: *Gastroenterología*, T. II, Salvat, Barcelona, 1966).
6. PARIS, J., LAGACHE, G., L'HERMINE, C., GOSSELIN, B. Léiomyome de la deuxième portion du duodénum. *Sem. Hôp. Paris*, 18: 1276, 1972.
7. PRINGOT, J., BODART, P. Le diagnostic des tumeurs bénignes et malignes du duodénum. *Acta Gastr. Belg.*, 33: 137, 1970.
8. SOLETO SAEZ, E., LOPEZ RIOS, F., RUIPEREZ POLO, S., BARON URBANO, C. Nuestro criterio en las hemorragias digestivas altas. *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.*, 34: 557, 1973.
9. STRAUS, F. H., O'KANE, C. R. Leiomyoma of the duodenum (case report and review of the literature). *Surg.*, 32: 869, 1952.