

Leiomioma del ángulo duodenoyeyunal

Dres. César Armand Ugón, Emil Kamaid, José Soto,
Regelio Belloso y Br. M. L. Iraola

Los autores presentan un caso de leiomioma del ángulo duodeno yeyunal tratado mediante resección y anastomosis duodeno-yeyunal. El control efectuado a los 15 meses de operado no demostró elementos de actividad oncológica.

Palabras clave (Key words, Mots clés). MEDLARS: Intestinal neoplasms.

Presentamos una observación de leiomioma, del ángulo duodenoyeyunal, que consideramos de interés, dada su baja frecuencia, y por su topografía, que puede motivar problemas del punto de vista anatómicoquirúrgicos.

OBSERVACION CLINICA

R. E. R. Hospital Pasteur. H. C. Nº 34.458. 68 años. Diciembre de 1975: ingresa en Servicio de Medicina, por cuadro de gran repercusión general, adelgazamiento, anorexia, anemia (Hto.: 18%, Hb.: 52%). Se estudió con Rx: gastroduodeno, colon por enema, urografía de excreción, tórax; todas normales. Mejora con transfusiones, siendo dado de alta sin llegar al diagnóstico etiológico del cuadro (enero de 1976).

Reingresa. Abril de 1976. Por persistir mal estado general y reagudización de su anemia. En este momento vemos por primera vez al enfermo. Comprobándose al examen: "gran tumoración" de hipocondrio y flanco izquierdo que arriba llega al reborde costal y abajo sobrepasa la línea umbilical. Sin contacto lumbar interno, de consistencia firme y elástica, poco móvil en sentido vertical y pudiéndose movilizar algo transversalmente. Contorneado por fuera y cruzado en la parte alta por sonoridad de tipo colónico. Traube sonoro, no hepatomegalia. Resto del examen: s/p.

Radiografía simple: en la zona de proyección de la tumoración, un gran nivel hidrogaseoso (Fig. 1). que en el C. x E. (Fig. 2), aparece enmarcado por el colon.

Se explora el 21.4.76, con el diagnóstico de probable tumor maligno del páncreas fistulizado en tubo digestivo. Se comprobó un gran tumor de 30 x 30 cm. rojo vinoso, superficie abollonada, con zonas de consistencia quística y otras sólidas. Surcado por gruesas venas dilatadas. Arriba se pierde bajo el mesocolon transversal y detrás del páncreas. Abajo se com-

*Clínica Quirúrgica "1". (Prof. A. Aguiar).
Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.*

prueba que el ángulo duodenoyeyunal (D-Y), está incluido en la tumoración. Esta a su vez lo desborda por dentro y hacia abajo, quedando cubierta la raíz del mesenterio. El tumor tiene su mayor parte intraperitoneal. Luego de resecar un sector de epiplón adherido al tumor, éste puede ser movilizado a la brecha operatoria. Por la izquierda es liberado de la vena mesentérica inferior. Se individualizan los vasos mesentéricos superiores y se ligan varios pedículos que vienen al tumor. Una vez liberado, queda unido al ángulo D-Y, por lo que se secciona en D3, a unos 5 cm. y en la primer asa a unos 10 cm. del tumor, respectivamente, extirpando todo en block. No se comprueba: adenopatías, ni siembra peritoneal, ni hepática, ni otras lesiones en el resto de las vísceras abdominales. Dada la buena vascularización que tiene el duodeno, se decide reconstruir el tránsito con una duo-

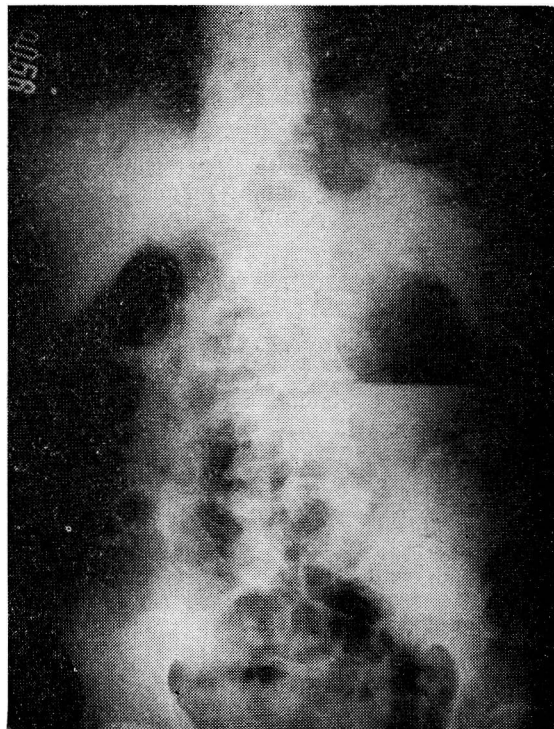


FIG. 1.— Rx. simple de abdomen: nivel hidrogaseoso en hipocondrio izquierdo.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 26 de octubre de 1977.

Asistente, Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía y Anatomopatología del M.S.P.

Dirección: Cno. Carrasco 6200 (Dr. C. Armand Ugón).

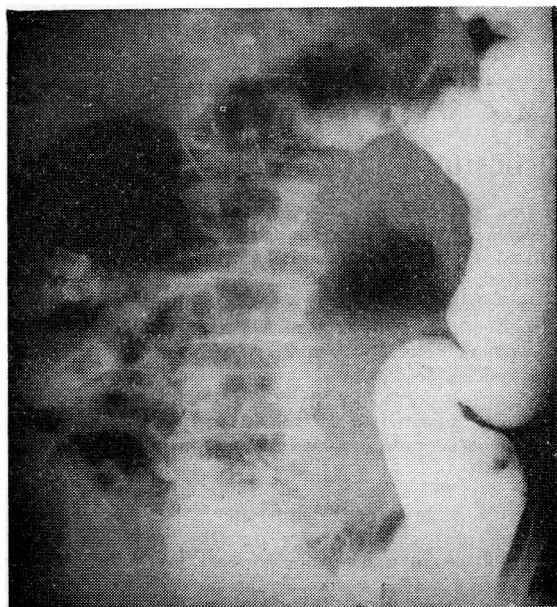


FIG. 2.— Colon por enema: colon enmarcando la tumefacción.

duodeno, se decide reconstruir el tránsito con una duodena Pezzer.

Anatomía patológica. Informe Nº 5619 (Br Iraola):

Macroscópico: a la descripción anterior, agregamos que el peso fue de 1300 grs. Una vez seccionado, apreciamos un aspecto cerebriforme, de color rosa grisáceo, observándose una cavidad quística que comunica con la luz intestinal. En el epiplón que adhiere al tumor hay un nódulo de 20 x 20 x 10 cm. similar a la masa principal.

Microscópico: material fijado en formol al 10 % y coloreado con técnicas de rutina y especiales para tejidos fibrocelulares (P.A.S., Wilder, Tricrómico). Se aprecia: proliferación de extirpe mesenquimatosa, de tejido fibrocelular, de naturaleza tumoral maligna. Se dispone en haces y torbellinos fibrocelulares, con abundante estroma conjuntivo vascular. Las células ofrecen los caracteres de fibras musculares lisas bien diferenciadas. Hay campos que muestran un polimorfismo celular moderado, sobre todo nuclear, con núcleos que se destacan por su volumen y con figuras de mitosis. Este tipo de células, indica el carácter sarcomatoso del tumor. Relación con el intestino: la pared intestinal aparece formando cuerpo con el tumor, con imágenes que sugieren el origen del tumor en el tejido muscular del intestino. El nódulo epiploico tiene estructura similar a la masa principal (metástasis).

Resumen: leiomioma primitivo del ángulo duodenoyeyunal, con un nódulo metastásico en epiplón mayor.

Evolución. Inmediata: sin complicaciones. Alejada: a los 15 meses persiste en buen estado general, sin signos regionales de diseminación. Rx de tórax: s/p.

COMENTARIO

La baja frecuencia de estos tumores es destacada por todos los autores. En nuestro me-

dio sólo encontramos dos observaciones, publicadas por González y Mendivil en 1972 (8). Gorostiague (9), recopiló dos casos en la Argentina, hasta el año 1957. Anderson y Doob (2), en una revisión de la bibliografía desde 1875 hasta 1933, encuentra sólo 18 casos. Ewing estima la frecuencia relativa de los tumores malignos del intestino delgado y del colon en 2,5 % y 97,5 %, respectivamente. Según Sabiston los sarcomas constituyen el 7 % de los tumores malignos del delgado. A su vez Rankine (19) en 250 sarcomas del delgado, sólo encontró 14 leiomiomas.

Las dificultades de diagnóstico, como en todos los tumores del delgado se deben a lo inespecífico de la sintomatología. Pueden dar: hemorragia (melenas iterativas, anemia), masa palpable. Para Gorostiague, tumor palpable más enterorragia es la forma más común de presentarse los leiomiomas. Síndromes obstructivos, perforación, sea hacia el peritoneo o hacia la luz intestinal, como en nuestro caso con nivel hidrogaseoso. La radiología convencional, especialmente en los tumores a crecimiento extraluminal, habitualmente no aporta datos. En cambio la arteriografía selectiva del tronco celíaco o de la mesentérica superior, puede aportar datos (14, 20). Pero la mayoría de las veces será la laparotomía exploradora la que aclarará el diagnóstico. En esta circunstancia, debemos de recordar la posibilidad de que se trate de un leiomioma, y ante la presencia de un tumor (grande habitualmente), debemos de realizar todo el esfuerzo posible para extirparlo, porque tiene en general muy buen pronóstico. El 50 % viven más de 5 años (22).

Por asentar a nivel del ángulo duodenoyeyunal, plantea una serie de consideraciones anatómo-quirúrgicas, dependientes de la irrigación de este sector del intestino delgado. Chifflet en nuestro medio (4), insistió en lo variable de la irrigación del ángulo D-Y. Igualmente en la literatura extranjera recordamos a Pierson (17), Falcone (6), Olsen (15), quienes han precisado la irrigación del duodenopáncreas. La variabilidad de la irrigación de esta zona debe ser tenida muy en cuenta en las resecciones de procesos que asientan a este nivel. La forma de reconstrucción del tránsito va a depender fundamentalmente del grado de vascularización, tanto del duodeno como del yeyuno. En nuestro caso ambos cabos quedaron bien vascularizados. En nuestro medio existe una observación de Mescia y Delgado (14), en la que al resecar un leiomioma del ángulo D-Y, se desvascularizó el duodeno hasta el ángulo D2-D3.

RESUME

Liomyosarcome de l'angle duodéno-jéjunal.

Les auteurs présentent un cas de liomyosarcome de l'angle duodéno-jéjunal traité au moyen d'une résection et d'une anastomose duodéno-jéjunale. Le contrôle effectué 15 mois après l'opération n'a pas révélé d'éléments d'activité oncologique.

SUMMARY

Leiomyosarcoma of the duodenojejunal flexure.

The authors present a case of leiomyosarcoma of the duodenojejunal flexure, treated by resection and duodeno-jejunal anastomosis. Controls performed 15 months after operation revealed no signs of neoplastic activity.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALCHE S y col. Leiomyosarcoma del intestino delgado. *Prensa Méd Argent*, 48: 3098, 1961.
2. ANDERSON DH, DOOB EF. Leiomyosarcoma of the duodenum. *Arch Path*, 16: 795, 1933.
3. CASSINELLI JF. Consideraciones generales sobre el valor del diagnóstico histológico de los tumores del intestino delgado. *Congreso Médico del Uruguay*, 5º, 1962.
4. CHIFFLET A. Estudio anatómico quirúrgico del ángulo duodenojejunal. *An Fac Med (Montevideo)*, 17: 382, 1932.
5. DEBRAY CH, LEYMARIOS J. Tumeur bénigne de l'intestin grêle (leiomyome) diagnostiquée par arthrographie mésentérique supérieure. *Presse Méd*, 72: 3005, 1964.
6. FALCONER CW, GRIFFITH E. Anatomy of the blood vessels in the region of the pancreas. *Br J Surg*, 37: 334, 1950.
7. FLEMING RM. Leiomyosarcoma of the jejunum. *J. Inter Coll Surg*, 14: 547, 1950.
8. GONZALEZ FERNANDEZ A, MENDIVIL HERREIRA J. Leiomyosarcoma de intestino delgado. *Cir Urug*, 42: 386, 1972.
9. GOROSTIAGUE S. Tumores del intestino delgado y del mesenterio. *Congreso Argentino de Cirugía*, 13º, 1957.
10. HORSLEY GW, MEANS RL. Leiomyosarcoma of the jejunum, with two cases. Report and a review of the literature. *An Surg*, 141: 799, 1955.
11. JANES HH, TADDEO MC. Leiomyosarcoma of jejunum-17 year history simulating chronic duodenal ulcer. *An Surg*, 136: 887, 1952.
12. LANDIER JF, CALMAT A, HONNART F, CLOT JP, CABROL A. Nouvelles acquisitions sur la vascularization arterielle de la 3ª et la 4ª portion du duodenum. *J Chir*, 113: 405, 1977.
13. MATTHEWS AR, QUANDT EH. Malignant leiomyoma of jejunum. *An Surg*, 137: 416, 1953.
14. MESCIA C, DELGADO B, FALCONI LM. Leiomioma de duodeno. *Cir Urug*, 44: 99, 1974.
15. OLSEN LL, WOODBURN RT. Vascular relation of the pancreas. *Surg Gynecol Obstet*, 9: 713, 1954.
16. PARIS J. Léiomyome de la deuxième portion du duodénum. *Sem Hop Paris*, 18: 1276, 1972.
17. PIERSON JM. The arterial blood supply to the pancreas. *Surg Gynecol Obstet*, 77: 426, 1943.
18. PRICE LA. Leiomyosarcoma of the intestine presenting with melaena. *Proc Roy Soc Med*, 60: 4, 1967.
19. RANKINE JA. Leiomyosarcoma of the small intestine. *Canad Med A J*, 48: 415, 1943.
20. SOLETO SAEZ E. Nuestro criterio en las hemorragias digestivas. *Rev Esp Enf Ap Dig*, 34: 557, 1973.
21. STOUT GF and DOCKERTY MB. Leiomyomas and leiomyosarcomas of the small intestine. *Cancer*, 8: 101, 1955.
22. VERONESI H, GENNARI L, PREDA F. I tumori primitivi du piccolo intestino. *Tratado de Oncología Clínica*. Milano, Ambrosiana. 1974.

DISCUSION

DR. ANAVITARTE.—Operé, hace ya un tiempo, una enferma de 50 años de edad, con una invaginación intestinal cuya cabeza de invaginación era la válvula ileocecal. Le hice una hemicolectomía porque después de desinvaginarla noté a nivel de la válvula ileocecal un pequeño tumor. El estudio de ese tumor demostró que era un leiomyosarcoma. La enferma presentaba simultáneamente dos metástasis pulmonares en el lóbulo superior izquierdo que fueron posteriormente tratadas mediante lobectomía superior izquierda. Esa enferma vivió alrededor de 4 años.

DR. O. BERMÚDEZ.—Personalmente he operado seis leiomyosarcomas: tres de intestino y tres de estómago. Lo que me ha llamado la atención es la frecuencia con que tienen una evolución extraluminal, de modo que crecen mucho y se diagnostican tardíamente como grandes tumores; lo que ha pasado en este caso. Los tres de estómago que operé eran tres tumores grandes a evolución extraluminal. El primero que operé lo operé con diagnóstico de quiste hidático de hígado, porque era un gran tumor de hipocondrio derecho. Resultó un tumor quístico que tenía vinculación con el estómago por una zona pediculada de apenas 3 o 4 cm. y le hice una gastrectomía parcial extirpando el quiste. Estudiado por el Prof. Cassinelli resultó que era un leiomyosarcoma.

Tengo la impresión de que después del cáncer, el tumor más frecuente corresponde a la serie del músculo liso, sea benigno o maligno.

DR. AGUIAR.—Solamente un pequeño agregado a los comentarios hechos, que compartimos. Recalcamos que estamos de acuerdo en la frecuencia bastante elevada de este tipo de tumores en el tubo digestivo. Estos tumores son frecuentemente de volumen grande, se diagnostican tardíamente, sobre todo los de crecimiento extraluminal. El cirujano puede estar tentado ante la dificultad de la extirpación en renunciar a su resección. Hay que hacer todo tipo de esfuerzo en resecarlo cuando se sospecha que son leiomyosarcomas, porque son tumores en general de excelente evolución.

DR. C. ARMAND GÓN.—Agradecemos a quienes han comentado y sólo agregamos que este enfermo al año y medio está en muy buen estado sin elementos de actividad oncológica.