

Leiomiomasarcoma de yeyuno-íleon

A propósito de 6 observaciones.

Dr. José Praderi, Dr. Jorge Bermúdez Belbussi,
Dr. Winston Abascal, Dr. Juan Falchetti,
Dr. Alfredo Armand Ugon.

Los autores presentan 6 casos de leiomiomasarcoma de intestino delgado.

Todos ellos, se presentaron clínicamente con cuadro agudo de abdomen.

Cuatro de ellos, se presentaron con oclusión intestinal por el tumor, (en uno estaba invaginado), uno con hemorragia digestiva, y otro con hemoperitoneo.

En cinco casos se resecaron los tumores, dejando tejido tumoral en mesenterio, peritoneo, o hígado en tres de ellos. En el sexto caso los tumores intestinales eran múltiples e irreseables. Fue el único al que se le realizó tratamiento quimioterápico.

De los dos pacientes a los que se les practicó resecciones oncológicas, uno lleva cinco meses de operado y está bien.

Al otro se le practicó un "second look", a los dos meses de operado, resecando una recidiva local de un centímetro de diámetro.

Tres meses después recidivó con una sarcomatosis generalizada abdominal.

Clinica Quirúrgica "3" (Director Prof. Dr. Raúl Praderi), Hospital Maciel. Facultad de Medicina, Montevideo.

Four of them were with an intestinal obstruction (in one case due to an intussusception), another one was admitted because of lower gastrointestinal bleeding, and in the last, a hemoperitoneum was found during the operation.

In five cases, intestinal resection was performed. In three of those cases, tumor was left in the abdominal cavity. In the sixth cases, intestinal tumors were multiple and they were not resected. This last patient was later treated with chemotherapy.

In two patients, oncologic resections were performed. One of them is alive and well five months and a half after the operation.

In the other patient, a second look operation was performed, and a one centimeter recurrence was excised.

Three months later another recurrence with abdominal sarcomatosis was found, and the patients died.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS: SARCOMA.

SUMMARY: Leiomyosarcoma of small intestine. Six new cases.

Six patients with leiomyosarcoma of small intestine are reported.

All the patients were operated because of acute abdomen.

RÉSUMÉ: Léiomyosarcome du jéjuno-iléum.

Les auteurs présentent 6 cas de léiomyosarcome de l'intestin grêle.

Tous se sont présentés comme des cas d'abdomen aigu.

Quatre d'entre eux ont eu comme manifestation clinique, une occlusion intestinale causée par la tumeur (une était invaginée); un autre s'est présenté avec une hémorragie digestive et le dernier avec un hémopéritoine.

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Asistente Interino de Clínica Quirúrgica, Médicos auxiliares, Residente de Cirugía del M.S.P.

Dirección: Juan M. Pérez 2924, Montevideo. (Dr. J. Praderi).

Dans 5 cas on a résequé la tumeur, en laissant du tissu tumoral dans le mésentère, le péritoine ou le foie dans 3 d'entre eux. Dans le 6ème cas les tumeurs intestinales étaient nombreuses et irrésécables. C'est le seul cas dans lequel on a effectué un traitement chimiothérapique.

Des 2 malades auxquels on a pratiqué une résection oncologique, il y en a un avec une survie de 5 mois et qui est bien.

À l'autre on lui a pratiqué un "second look", 2 mois plus tard, en lui résecant une récurrence locale d'un centimètre de diamètre. Trois mois plus tard, il a récidivé avec une sarcomatose généralisée abdominale.

INTRODUCCION

Nos hemos enfrentado a cuadros agudos de abdomen sin poder realizar diagnóstico exacto preoperatorio, encontrando en las intervenciones leiomiomas de intestino delgado. Motivados por nuestros 6 casos operados, hemos revisado la literatura, por tratarse de una patología poco frecuente y potencialmente curable.

Los tumores de intestino delgado ya sean benignos o malignos son raros. Se estima que su frecuencia entre todos los neoplasmas del tracto gastrointestinal oscila entre el 1,7 y el 6,5%⁽¹⁶⁾. Entre los tumores malignos, el leiomioma ocupa el 4º lugar en frecuencia, precediéndolo, los adenocarcinomas, el tumor carcinoide, y los linfomas^(1, 16).

CASUISTICA

Se puede apreciar en el cuadro I, las formas clínicas y las situaciones anatómicas de nuestros pacientes.

6 casos clínicos:

5 pacientes del sexo masculino y 1 femenino.

El promedio de edad, 52 años.

3 de ellos eran de raza hebrea; 2 de ellos médicos.

4 presentaron algunos antecedentes subjetivos y constantes tales como:

- Dolor abdominal
- Anemia
- Adelgazamiento
- Anorexia
- Tumor abdominal en 1 de ellos.

Los 6 se presentaron con cuadro agudo de abdomen:

- 4 con oclusión mecánica de delgado

- 2 con hemorragia: peritoneal uno y digestiva el otro.

2 de las oclusiones intestinales fueron por la masa tumoral. En los otros 2 casos (R.F. y A.M.) se invaginaron, siendo 1 de éstos un simple pólipo.

Los cuadros clínicos de oclusión fueron corroborados por la Radiología. Uno de ellos (R.F.) presentaba además, hepatomegalia y ascitis. Y en otro (G.T.) además de la oclusión, mostraba tumor.

En todos nuestros casos, el tratamiento, excepto en uno, consistió en la resección del tumor de intestino delgado (cuadro II). De ellos en tres quedó tumor en el mesenterio, nódulos sarcomatosos peritoneales en dos, e hígado metastásico en un caso.

Un paciente (G.T.), tenía tres tumores escalonados de intestino delgado con infiltración de todo el mesenterio. Como eran friables y sangrantes se realizó aposición serosa y hemostasis de los mismos.

Por ser blandos y friables, estos tumores se destruyen en el intestino por necrosis en la luz.

Al último paciente se le resecó un grueso tumor en el espacio mesentérico cólico izquierdo, porque al tocarlo comenzó a sangrar.

Fue el único enfermo al que se le realizó tratamiento quimioterápico en el post operatorio, (Endoxan, Vincristina, Adriamicina, Prednisona), en dos series con intervalo de un mes.

CASUISTICA NACIONAL. Estos tumores son relativamente raros, hay pocos casos en la literatura nacional⁽⁶⁾.

En una revisión efectuada en 1977 por C. Sarroca y col.⁽²⁰⁾ encontraron 41 tumores yeyuno-ileales en el Hospital de Clínicas de Montevideo, de los cuales sólo tres eran leiomiomas pero no aclaran los datos específicos de esos casos. Previamente existían dos observaciones publicadas por A. González y J. Mendivil⁽¹³⁾ pero como una de ellas pertenece al Hospital de Clínicas, pensamos que está incluida en el trabajo anterior.

Estos dos casos tienen en común la peritonitis por perforación yuxta tumoral. Ambos fallecieron, uno de ellos en el postoperatorio inmediato, el otro a los tres meses con una recidiva.

Estos autores refieren dos comunicaciones personales de A. Mateo y W. Fontan⁽¹⁵⁾ quienes estudiaron piezas anatómicas con estos tumores, pero desconocemos las historias clínicas.

Cuadro I

	Nombre	Edad	Sexo	Antecedentes	Cuadro agudo	Tumor
1)	R.F.	73	F	Dolor abdominal. Astenia. Anorexia. Anemia.	Rx: Hepatomegalia. Oclusión de delgado.	Pólipo invaginante de delgado.
2)	A.M.	43	M	Dolor abdominal. Astenia. Anorexia. Adelgazamiento. Anemia.	Rx: Oclusión de delgado.	Tumor invaginante de delgado.
3)	P.N.	49	M	Obeso.	Hemorragia digestiva masiva.	Tumor de delgado.
4)	S.S.	38	M	Dolor abdominal. Astenia. Anorexia. Adelgazamiento. Anemia.	Rx: Oclusión de delgado.	Tumor de delgado.
5)	I.P.	40	M	Dolor abdominal.	Anemia Hemo- peritoneo.	Tumor de delgado.
6)	G.T.	71	M	Tumor abdominal. Astenia. Anorexia. Adelgazamiento. Anemia.	Rx: Oclusión de delgado.	3 tumores de delgado, 1 tumor peritoneal.

A. Vacarezza, comunicó a A. González y J. Mendivil⁽¹³⁾ una observación de tumor reseca- do con sobrevida del paciente a los 5 años. Filgueira no cita ningún caso en su trabajo⁽⁸⁾.

En 1978 C. Armand Ugon y col.⁽⁴⁾ presenta- ron un caso de leiomiomasarcoma del ángulo duodeno-yeyunal, tratado con resección, logrando una sobrevida de 15 meses.

E. Anavitarte⁽³⁾, agregó en la discusión de este caso en la Sociedad de Cirugía, otra ob-

servación en la cual el tumor hacía de cabe- za de invaginación.

Allí también, O. Bermúdez⁽⁵⁾ relató haber operado tres enfermos pero no describe de- talles.

W. Mescia⁽¹⁷⁾ relató un caso reseca- do por Larghero, habiendo sido intervenido de ur- gencia por presentar hemorragia digestiva, obteniendo una sobrevida de 4 años y me- dio.

Cuadro II

	Nombre	Operación	Hallazgos intraoperatorios	Sobrevida	Causa de muerte
1)	R.F.	Resección de intestino delgado.	Metastasis: — hepáticas. — Ascitis.	5 días.	T.E.P. Metastasis: — pulmonar — linfática.
2)	A.M.	Resección de intestino delgado.	Adenopatías: — Mesiales. — Raíz del mesenterio.	150 días.	Caquexia. Metastasis: — hepática. Ascitis.
3)	P.N.	Resección de intestino delgado.	2 adenopatías mesiales	150 días.	Vive.
4)	S.S.	Resección de intestino delgado.	Adenopatías mesiales	237 días.	Caquexia: Sarcomatosis: — peritoneal — pulmonar.
5)	I.P.	Resección de tumor de delgado.	Hemoperitoneo.	259 días.	Caquexia. Sarcomatosis: — peritoneal — pulmonar.
6)	G.T.	Resección de tumor peritoneal.	3 tumores de intestino delgado. (No se resecan).	170 días.	Caquexia: Sarcomatosis: — peritoneal — pulmonar.

DISCUSION

De la revisión de la literatura extranjera surgen datos interesantes.

K.E. Menzies y col.⁽¹⁶⁾, afirma que son tumores raros, por esa causa nunca se piensa en ellos, ni se diagnostican en el preoperatorio^(1, 14).

Según R. Giardini y col.⁽¹¹⁾, los tumores benignos y malignos de la musculatura lisa intestinal, fueron descritos por primera vez por Foerster en el año 1858⁽⁹⁾, y posteriormente por Rossy⁽¹⁹⁾, Virchow⁽²³⁾, y M.W. Von Salis⁽²⁴⁾.

representan el 1,1% de todas las neoplasias del aparato gastrointestinal⁽¹¹⁾.

El leiomioma del delgado representa el 23-27,4% de todos los leiomiomas gastrointestinales^(1, 11).

M. Toppino y col.⁽²²⁾, comunican que la incidencia del leiomioma del delgado

representa el 0,6% de todas las neoplasias malignas del delgado.

La clínica que presentan antes de manifestar las complicaciones agudas, no es patognomónica ni orientadora⁽¹⁸⁾.

Por esta razón se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad⁽²²⁾.

Sin embargo R. Pingitore y col.⁽¹⁸⁾, señalan que estos raros tumores presentan rasgos clínicos y anatómicos que harían posible distinguirlos de otros tipos de tumores malignos del delgado, ya que el leiomioma presenta con mucha frecuencia, hemorragia digestiva y fístula.

El paciente llega al Cirujano generalmente complicado con un cuadro agudo de abdomen, ya sea oclusión intestinal, sangrado, o peritonitis.

Según K.B. Deck⁽⁷⁾, por las razones expuestas el diagnóstico es dificultoso; en algu-

nos casos una radiografía simple de abdomen demuestra la presencia de signos radiológicos que corresponden a un cuadro de oclusión mecánica de delgado, o a masas abdominales cavitadas por necrosis central y fistulización con el delgado^(1, 16).

Un tránsito de delgado puede acercarnos al diagnóstico mostrándonos una zona de estenosis o una masa tumoral con una distensión por detrás.

Se han realizado estudios más especializados tales como arteriografía selectiva de la mesentérica superior que han mostrado algunas alteraciones propias producidas por el tumor aunque no es el examen definitivo⁽¹⁾.

El tumor puede presentarse al inicio por la existencia de metástasis, las cuales son diagnosticadas por Tomografía Computada o por Ecotomografía⁽¹⁾. El diagnóstico diferencial con respecto al origen del tumor, puede ser difícil.

El laboratorio es inespecífico⁽⁷⁾.

El único tratamiento efectivo o pretendidamente curativo es el quirúrgico, resecaando el tumor como se hizo en 5 de nuestros casos.

Mientras que el tratamiento conservador con resecciones económicas ha sido recomendado, debido a la rara ocurrencia de diseminación linfática⁽²¹⁾, parecería importante considerar una más amplia y radical resección, incluyendo el mesenterio adyacente, debido a:

La inexacta naturaleza de la lesión que no es conocida antes de la intervención.

La posibilidad de que algunos ganglios estén comprometidos.

No hay aumento en la morbimortalidad entre una resección limitada y una exéresis más amplia.

Se ha demostrado:

La inefectividad de la radioterapia y de los implantes de Radium.

Que el éxito de la Cirugía se aleja cuando el tumor asienta en el duodeno.

Que la presencia de metástasis no contraindica la Cirugía, a menos que esté muy sembrado; en este caso el tumor primitivo debe ser resecaado tan extensamente como sea posible⁽¹²⁾.

Como confirmación de lo anterior, J.H. Foster, citado por H. Kohno⁽¹⁰⁾ señala una sobrevida de 5 años entre 7 resecciones hepáticas por metástasis de leiomiocarcinoma de delgado. Uno de ellos con metástasis en hígado, peritoneo y epiplón, que fue reintervenido en 4 oportunidades, y que tuvo una sobrevida de 10 años⁽¹⁴⁾.

O. Almersjö y col., han tratado metástasis hepáticas con ligadura de arteria hepática, método que hemos utilizado en la Clínica

Quirúrgica "3", para otros tumores⁽²⁾.

De nuestros 5 pacientes, sobrevive uno y falleció otro en el postoperatorio.

Los 4 restantes vivieron un período de 200 días.

De los dos pacientes a los que se les practicó resecciones oncológicas, uno lleva 5 meses de operado y está bien.

Al otro se le practicó un "second look", a los dos meses de operado, resecaando una recidiva local de un centímetro de diámetro.

Tres meses después recidivó presentando una sarcomatosis generalizada abdominal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AKUARI O., DOZOIS R., WEILAND L., BEAHR O.: Leiomyosarcoma of the small and large bowel. *Cancer*, 42: 1375, 1978.
- ALMERSJO O., BENGMARK S., ENGEVIK L., HAFSTROM L., NILSSON L.: Hepatic artery ligation as pretreatment for liver resection of metastatic cancer. *Rev. Surg.* 23: 377, 1966.
- ANAVITARTE E.: Comentario en discusión de (4).
- ARMAND UGON C., KAMAID E., SOTO J., BELLOSO R., IRAOLA M.: Leiomyosarcoma del ángulo duodeno-yeyunal. *Cir. Urug.*, 48: 260, 1978.
- BERMUDEZ O.: Comentario en discusión de (4).
- CASSINELLI J.: Consideraciones generales del valor del diagnóstico histológico de los tumores del intestino delgado. Congreso Médico del Uruguay, 5º, Montevideo, 6: 751, 1962.
- DECK K., SILBERMAN H.: Leiomyosarcomas of the small intestine. *Cancer*, 44: 323, 1979.
- FILGUEIRA J., FACAL J.: Tumores primitivos del yeyuno-íleon. *Cir. Urug.*, 38: 51, 1968.
- FOERSTER F.: Citado por (11).
- FOSTER J., BERMAN M.: Solid liver tumors. En: Ebert P.A., ed. *Major Problems in Clinical Surgery*. Philadelphia. Saunders, 1977, p. 209.
- GIARDINI R., CATANIA S., SANSONETTI G.: Il leiomiocarcinoma del tenue. *Minerva Chir.* 36: 609, 1981.
- GOLDEN T., STOUT A.: Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract. *Surg. Gynecol. Obstet.* 73: 784, 1941.
- GONZALEZ A., MENDIVIL J.: Leiomyosarcoma de intestino delgado. *Cir. Urug.*, 42: 386, 1972.
- KOHNO H., NAGASUE N., ARAKI S., KATO T.: Ten years survival after synchronous resection of liver metastasis from intestinal leiomyosarcoma. *Cancer*, 47: 1421, 1981.
- MATEO A., FONTAN W.: Citados por (13).
- MENZIES K., COUTTS J., EDGE D.: Three cases of smooth muscle tumors of the small intestine. *N.Z. Med. J.* 91: 422, 1980.
- MESCIA W.: Diagnóstico de los tumores del yeyuno-íleon. Congreso Médico del Uruguay, 5º, Montevideo, 6: 771, 1962.
- PINGITORE R., ANSALDO V., CALCAPRINA R., MEUCCI G.: Il leiomiocarcinoma del tenue. *Minerva Chir.* 36: 537, 1981.
- ROKITANSKY: Citado por (11).
- SARROCA C., CAMPOS N., TROSTCHANSKY J., D'AURIA A.: Urgencias quirúrgicas por tumores yeyuno-íleales. *Cir. Urug.*, 47: 282, 1977.
- STARR G., DOCKERTY M.: Citados por (16).
- TOPPINO M., CATTANEO U., BONARDI O., GARRONE C., CALDART M.: Il leiomiocarcinoma intestinale. *Minerva Dietol. Gastroenterol.* 27: 557, 1981.
- VIRCHOW: Citado por (11).
- VON SALIS M.: Über das sarkom des duodenum insbesondere das myosarcom. *Dtsch. Ztschr. F. Chir.* 14: 160, 1920.