

## *Leiomioma de colon. Presentación pseudoapendicular*

Dres. Roberto L. Estrugo,  
Luis Ruso,  
Eduardo De Stefanis.

Se presenta un caso de leiomioma de colon ascendente, cuya presentación clínico-ecográfica, simula un absceso apendicular.

Se examina la literatura sobre el tema, destacándose la baja incidencia de estos tumores. Se describen las formas anátomo-clínicas de la entidad y lo excepcional de su presentación aguda, como tumoración de fosa iliaca derecha, con síndrome peritoneal asociado.

Se insiste que el colon por enema con doble contraste, fibrocolonoscopia y ecografía, son de alto valor para confirmar el diagnóstico, en contraposición a los estudios biópsicos, endoscópicos y extemporáneos.

Se destaca la dificultad para establecer la naturaleza y el pronóstico, a partir de los estudios histológicos del tumor.

Se concluye que la resección local del tumor es una terapéutica eficaz y curativa.

*Instituto de Postgraduados. H. Pasteur. M.S.P. Montevideo.*

describes anatomico-clinical forms and the rarity of its acute presentation as a right iliac fossa tumour, with associated peritoneal syndrome. They insist that double contrast colon enema, fibrocolonoscopy and ultrasonid studies are of great value to confirm the diagnosis as opposed to biopsy, endoscopy, and extemporaneous studies. They emphasize the difficulty in establishing nature and prognosis based on tumour histology and conclude that local tumour resection is an effective and curative treatment.

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:  
COLONIC, LEIOMYOMA*

### **SUMMARY: Colonic leiomyoma. Pseudoapendicular presentation.**

Authors present a case of ascending colon leiomyoma whose clinico-echographical presentation resembled that of an appendicular abscess. They examine data on the subject and point out these tumours' low incidence. They

### **RÉSUMÉ: Leiomyome du colon. Présentation pseudoappendiculaire.**

On présente un cas de leiomyome du colon ascendant dont sa présentation clinique et échographique ressemble à un abcès appendiculaire.

On remarque la basse incidence de ces tumeurs dans la littérature du leiomyome du colon. On décrit les formes anatomico-cliniques de cette pathologie le caractère exceptionnel de sa présentation aiguë comme tuméfaction de la fosse iliaque droite avec un syndrome péritoneale associé.

On remarque l'importance de la valeur diagnostique du lavement baryté, la colonoscopie et l'échographie face aux études biopsiques, endoscopiques et extemporanées.

On signale la difficulté pour établir la nature et le pronostic de la tumeur à partir des études histologiques.

Comme conclusion: la résection locale de la tumeur est une thérapeutique efficace et curative.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de agosto de 1987.

Prof. Adjunto del Depto. de Cirugía, Asistente de Clínica Quirúrgica, y Prof. Agregado de Anatomía Patológica.

Dirección: Rivera 5716. Montevideo (Dr. R. Estrugo).

## INTRODUCCION

Los leiomiomas, son tumores benignos que se desarrollan a partir de la capa muscular lisa de los órganos digestivos, aunque también pueden tomar origen en las fibras musculares de los vasos que surcan la pared del colon<sup>(1)</sup>.

La presentación pseudoapendicular de un leiomioma de ciego, su baja incidencia y la conducta biológica, independiente del diagnóstico histológico, nos motivaron a revisar la literatura sobre el tema y presentar esta breve comunicación, como aporte a la casuística nacional.

## HISTORIA CLINICA

A.D.L. H.C. Reg. 915.079. Paciente de 61 años, sexo masculino, que ingresa 20.7.84 portador de cuadro agudo de vientre de 24 horas de evolución, caracterizado por dolor en hipocondrio derecho (HD), flanco y fosa ilíaca derecha (FID), sordo, fijo, de intensidad progresiva. Niega repercusión funcional digestiva. Tránsito urinario normal. Chuchos de frío y fiebre de 38° ax. Ingesta de éxito biliares al inicio del cuadro. No repercusión general. Antecedentes de diarrea crónica en su juventud.

Hace algunos años, sufrió cuadro doloroso de similares características al actual, interpretado como apendicitis aguda, que luego remitió.

Examen: Buen estado general. Febril. Bien hidratado. Lengua limpia.

Palpación abdominal difícil. Gran contractura muscular, dolor intenso a la palpación superficial y profundo de todo el hemiventre derecho, a predominio en flanco. Resto del abdomen difusamente doloroso. Fosas lumbares libres e indoloras.

Resto del examen normal.

Estudios radiológicos de tórax y abdomen sin elementos a destacar.

Ecografía (Foto 1): Hepatomegalía regular. Vía biliar principal y accesoria normales. A nivel de FID, se observa una tumoración de 6 por 4 cm semisólida, de paredes bien definidas, en íntima relación con la pared anterior del abdomen.

La impresión clínico-ecográfica, es de un absceso de fosa ilíaca derecha de etiología apendicular.

**OPERACION.** Incisión: Oblicua sobre flanco derecho.

Se comprueba voluminosa tumoración polilobulada de 8 por 7 cm adherida al epiplón mayor, de aspecto benigno, con pedículo fino, que nace de la pared externa del ciego, por fuera de la bandeleta.

Apéndice sano. No hay adenomegalias en el mesocolon ascendente.

No nódulos hepáticos ni peritoneales.

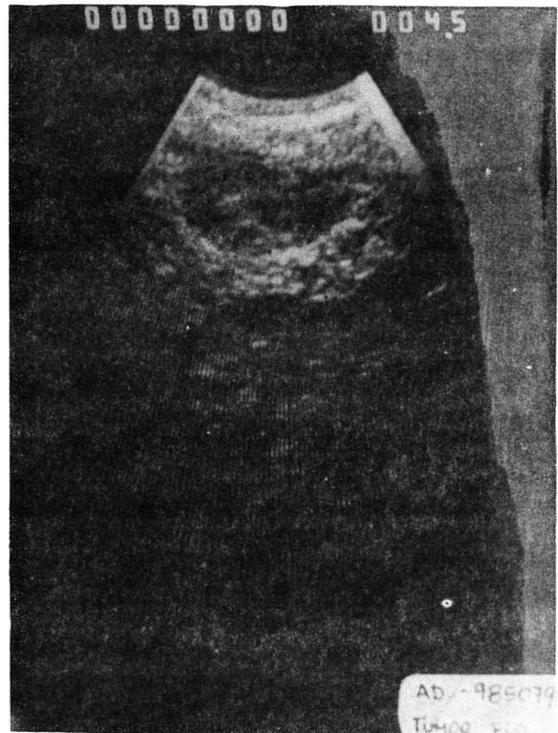
**Procedimiento:** Apendicectomía. Resección total de la tumoración cecal, ir cluyendo su pedículo y el sector adyacente de la pared cecal, de aspecto normal al corte. Cierre de la brecha cecal con dos planos de vicril. Toilette peritoneal. Cierre por planos.

**EVOLUCION.** Hemorragia digestiva alta posoperatoria, que cedió con tratamiento médico y reposición hemática. Control fibroendoscópico gastroduodenal, normal. Excelente estado general al alta. Control en policlínica, asintomático.

**ANAT. PATOL.** Se recibe tumoración de 7 por 8 cm con pequeño pedículo de 20 mm con luz en su parte central. Superficie de la tumoración gris blanquecina, hemorrágica, consistencia elástica. Peso 140 g. Al corte (Foto 2), en su parte media, si-

guiendo el pedículo, se observa su continuación con la masa tumoral, la cual muestra superficie lisa, blanquecina, con área hemorrágica opuesta al pedículo.

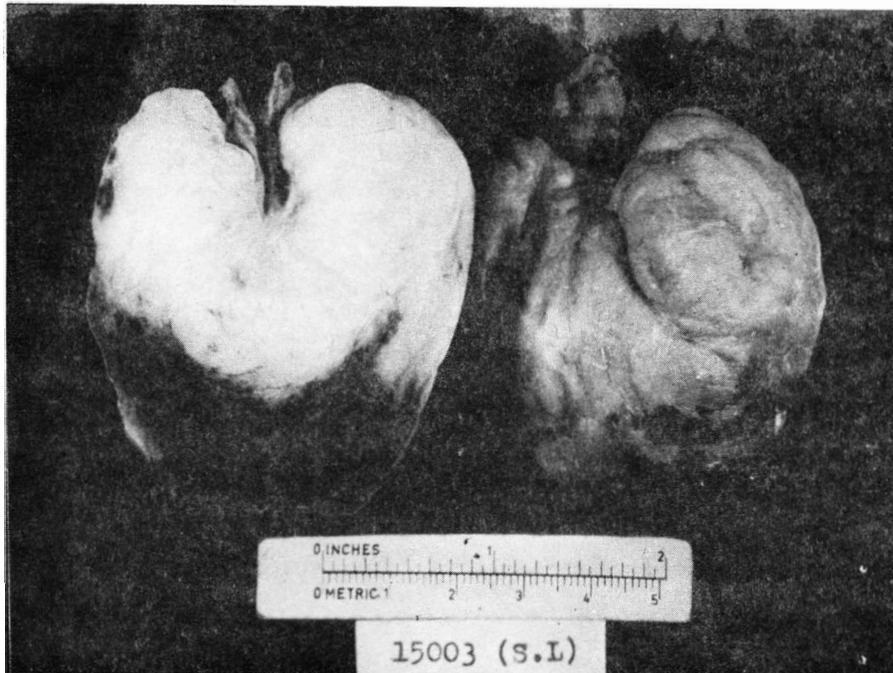
**Histología.** La tumoración está constituida por fascículos espirales de células musculares lisas, de forma, tamaño uniformes y núcleos ovalados de bordes romos con prolongaciones citoplasmáticas bipolares largas y delgadas. No se observan células gigantes ni imágenes de mitosis. Aumento del tejido conectivo sectorial, con hialinización compacta del estroma. Zonas de necrosis isquémicas con hemorragia e infiltrado inflamatorio polimorfo, con abundantes neutrófilos, picocitos y acúmulos de linfocitos. Pedículo, constituido por mucosa y submucosa colónica de aspecto normal, con infiltrado linfocitario, edema y congestión de la submucosa. En suma: Leiomioma de la pared colónica.



## COMENTARIOS

La primera descripción de un leiomioma de tubo digestivo, es de Morgagni<sup>(1)</sup> en 1762, en un tumor de localización gástrica. Vander en 1881 reporta el primer caso de leiomioma de colon.<sup>(1, 2, 3)</sup>

Si bien los tumores que tienen origen en la musculatura lisa del tubo digestivo, son los neoplasmas no epiteliales más frecuentes<sup>(1)</sup>, su incidencia es realmente baja, alcanzando el 1% de todos los tumores digestivos.<sup>(1)</sup>



De 15.000 autopsias citadas por Morton<sup>(4)</sup>, sólo se localizaron 70 casos de leiomiomas, de los cuales sólo dos eran de localización colónica.

En la Mayo Clinic, sólo el 3% de los leiomiomas del tracto gastrointestinal se localizan en el colon.<sup>(4)</sup>

Los leiomiomas colo-rectales, pueden presentarse a cualquier edad y sexo<sup>(5)</sup>, sin embargo, el rango etario más frecuente, se observa en la quinta década de la vida. La serie de Anderson<sup>(6)</sup> muestra un neto predominio en mujeres, en contraposición a los leiomiosarcomas, que predominan en el sexo masculino. Su presentación clínica, depende de su localización y crecimiento<sup>(4, 5)</sup> y pueden dividirse en:

**Intramurales.** Son los más comunes, pequeños, se describen endoscópicamente como "nódulos submucosos"<sup>(6)</sup>, cursan asintomáticos por largos períodos. La mayoría son hallazgos autópsicos o durante una exploración quirúrgica por otra causa.<sup>(5, 6)</sup>

**Intraluminares.** De crecimiento endofítico, crecen hacia la luz del colon, sólidos, producen síntomas de obstrucción y pueden ulcerar la mucosa provocando sangrados digestivos, aunque esto es excepcional.<sup>(4, 5)</sup>

**Extraperietales.** Exofíticos, con crecimiento hacia afuera del órgano adoptando un aspecto polipodeo. Como en el caso presentado, son habitualmente voluminosos y presentan áreas de degeneración y necrosis. Excepcionalmente, estas áreas necróticas, se abscedan o perforan, mostrándose como un cuadro de apendicitis aguda. Su traducción clínica es de un tumor palpable en FID. El diagnóstico se confirma por colon por enema en doble contraste, técnica que permite destacar hasta pequeños tumores intramurales<sup>(1)</sup>, pero no existen diferencias radiológicas entre tumores benignos y malignos.<sup>(1)</sup>

Con la fibrocolonoscopia, se observa la tumoración que protruye en la luz del colon; pero su valor para diagnóstico histológico es limitado, porque la toma biopsica, comúnmente incluye sólo la mucosa.<sup>(1, 4)</sup>

La ecografía muestra su relativa utilidad. En nuestro caso, se observó una tumoración sólido-quística, que se interpretó como un absceso apendicular. Suelen ser únicos, pero en ocasiones, se han observado leiomiomas múltiples<sup>(5)</sup>. Cuando alcanzan un diámetro mayor, son polilobulados, como se observa en el corte de nuestra pieza. Son relativamente avasculares y por tanto expuestos

a cambios degenerativos, necrosis, abscedación, degeneración quística o hemorrágica, como en este caso.

En general, los leiomiomas de colon no están encapsulados<sup>(5)</sup>, pero según Anderson<sup>(6)</sup>, los del recto tienen a menudo cápsula.

Un leiomioma puede experimentar la transformación maligna, pero parece imposible lograr predecir con seguridad si esto va a ocurrir o no.<sup>(5)</sup>

En este sentido, varios autores<sup>(4, 5, 6, 7)</sup> señalan las dificultades para diferenciar, las formas benignas de las malignas, en los tumores de estirpe muscular lisa del tubo digestivo.

El tipo anatómico, la presencia de atipias, el pleomorfismo nuclear y el tamaño del tumor<sup>(1)</sup>, así como la ausencia de cápsula<sup>(5)</sup>, son signos histopatológicos indirectos de muy relativo valor pronóstico.<sup>(1)</sup>

La presencia de mitosis, frecuentemente se asocia al concepto de malignidad tumoral; pero según Morton<sup>(4)</sup>, la ausencia de las mismas no asegura la benignidad del tumor. Sin embargo, la mayoría de los leiomiomasarcomas con bajo número de mitosis, siguen un curso clínico benigno y son histológicamente difíciles de diferenciar de los leiomiomas.<sup>(7)</sup>

De cualquier forma, los autores analizados<sup>(1, 3, 4, 6, 7)</sup>, coinciden en señalar que el índice mitótico, es el parámetro que mejor relaciona histología y pronóstico, en una relación directa entre índice mitótico y malignidad tumoral. Otros autores como Mass<sup>(8)</sup> y Abramson<sup>(9)</sup>, insisten en que el diagnóstico de maligno o benigno en un tumor de músculo liso, puede verse modificado por la conducta evolutiva ulterior del mismo.

El tratamiento —tal como lo realizamos nosotros— debe limitarse a la resección quirúrgica completa del tumor y un pequeño medallón adyacente a la zona de implantación del tumor.<sup>(5, 6, 7)</sup>

Ya que el 75% de estos tumores, se intervienen sin diagnóstico histológico previo<sup>(1)</sup>, la biopsia

extemporánea, nos confirma la estirpe muscular lisa del tumor, pero no logra establecer la naturaleza del mismo.

Cuando existen dudas acerca de la interpretación del material de biopsia, está justificado el intento de extirpación local y guiarse por el dictado ulterior del patólogo sobre la totalidad de la pieza de resección, en el sentido si cabe proceder más tarde a una cirugía más radical.<sup>(5)</sup>

Para Goligher<sup>(5)</sup>, los leiomiomas de gran volumen —que dan síntomas, por sí mismos— sería prudente tratarlos como si fueran malignos, por colectomía radical, con criterio oncológico.

Establecido el diagnóstico de leiomioma, debe considerarse que son tumores de buen pronóstico, en los cuales la cirugía de exéresis, es siempre curativa, no habiéndose publicado casos de recurrencia.<sup>(7)</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. LOPEZ M., NARBONA B., GARCIA J., BRAVO F., LORENZO M., ESPADAS B., CABALLERO T. — Tumores de la musculatura lisa del tracto digestivo. *Rev. Quir. Esp.* 1984; 11: 6, 298.
2. GHABRIAL F. — Leiomyoma of the rectum. *Lancet*, 1955; 2: 325.
3. MACKENZIE D.A., McDONALD J., WAUGH M. — Leiomyoma and Leiomyosarcoma of the colon. *Ann. Surg.*, 1954; 139: 67.
4. MORTON J., STABINS S., MORTON J. — Smooth Muscle tumors of the alimentary canal. *Ann. Surg.* 1956; 144: 487.
5. GOLIGHER J.C., DUTHIE H.L., NIXON H.H. — Cirugía del ano, recto y colon. Barcelona. Salvat.
6. ANDERSON P.A., DOCKERTY M.B., UIE L.A. — Myomatous tumors of the rectum. (Leiomyomas and myosarcomas). *Surgery*, 1950; 28: 642.
7. GARCIA FIDALGO B., BARREIROS F., BERDULLAS M., MATEO A., FRAGA J. — Leiomiomasarcoma de colon. *Rev. esp. Enfer. Apar. Dig.* 1982; 62: 236.
8. MASS M., KIRHBAUM D. — Leiomyosarcoma of the fundus of the stomach with perforation. *Am. J. Roentgenol.*, 1940; 44: 716.
9. ABRAMSON D. — Leiomyoblastomas of the stomach. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1973; 136: 118.