

# Leiomioma de colon

Dres. Emma Da Silva<sup>1</sup>, Mario Bounous<sup>2</sup>

## Resumen

Se presenta una observación de leiomioma de colon izquierdo, posiblemente la primera de este tipo en la literatura nacional. Se hacen consideraciones sobre los diferentes problemas diagnósticos y terapéuticos en base a una extensa revisión bibliográfica.

**Palabras clave:** Sarcomas de partes blandas. Patología de colon.

## Summary

A case of leiomyosarcoma of descending colon is presented; this is possibly the first one of this type in national literature. Based on an extensive bibliographical revision, considerations are made on different diagnostic and therapeutical problems.

## Introducción

Los leiomiomas de intestino son tumores poco frecuentes. Representan entre 0.2 y 0.7% de los tumores de ese sector del tubo digestivo<sup>(1,2)</sup>. La topografía yeyuno ileal es, dentro del tracto digestivo, la localización más frecuente del leiomioma.

Desde la primera comunicación en el año 1908 hecha por Exner, Bacon<sup>(3)</sup> recopiló hasta el año 1961, 84 casos de leiomioma de colon y recto. De éstos sólo 22 eran de colon.

Lombardo<sup>(4)</sup> agregó hasta el año 1980, 45 nuevos casos de topografía colónica, lo que llevaría el número total a 67 observaciones.

La localización rectal ha demostrado ser más frecuente que en el resto del colon<sup>(3,5)</sup>.

En nuestro medio sólo encontramos dos comunicaciones con cuatro casos, todos ellos a topografía en delgado<sup>(6,7)</sup>. Se trataría, por tanto, de la primera publicación nacional a topografía colónica.

## Caso clínico

B.P. Hospital Clínicas. Mujer blanca de 50 años. Ingresó el 8 de setiembre de 1988 por tumoración abdominal de lento crecimiento en hipocondrio y flanco izquierdos, sin alteración del tránsito digestivo, urinario, ni repercusión general.

El examen físico confirma tumoración de 20 por 15 cm a eje mayor vertical que desborda la línea media hacia la derecha, que se separa del reborde costal izquierdo y que llega a ocupar parte de la fosa ilíaca izquierda. La tumoración es polilobulada, firme e indolora. No hay hepatomegalia. El examen general es normal.

Se estudió con ecografía que mostró en flanco izquierdo imagen inhomogénea, con contornos irregulares sin otros elementos anormales en el resto del abdomen. La urografía de excreción, mostró riñón izquierdo ligeramente desplazado hacia arriba, sin alteraciones del aparato excretor.

La fibrolaparoscopia mostró en flanco izquierdo, el colon llevado hacia adelante por gruesa tumoración que impresiona como retroperitoneal.

La tomografía axial computarizada confirmó en flanco izquierdo la presencia de una tumoración retroperitoneal que se extiende desde el polo inferior del riñón izquierdo hasta 5 cm por debajo del nivel superior de la cresta ilíaca. Es de densidad inhomogénea, con sectores de densidad grasa en que se observan tractos de mayor densidad y zonas más densas, homogeneas.

La tumoración está adherida a la pared antero lateral y al psoas sin infiltrarlos. No se distingue un plano de separación con los vasos ilíacos.

Las imágenes fueron interpretadas como compatibles con un liposarcoma de origen retroperitoneal.

La radiografía de tórax y el resto de los exámenes de valoración general fueron normales.

**Operación** (21 de setiembre de 1988). Incisión oblicua hacia abajo y adentro, desde la fosa lumbar hasta la línea media a 4 cm por debajo del ombligo. La exploración mostró grueso tumor retroperitoneal infiltrante de aspecto externo polilobulado y con zonas de distinta consistencia. Se extiende desde el sector retrorenal hasta la fosa ilíaca interna e infiltra la pared muscular del abdomen en su sector más externo.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" Prof. Dr. F.A. Crestanello.  
1. Residente de Clínica Quirúrgica. 2. Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.

**Correspondencia:** Dr. M. Bounous.  
Casilla de Correo 15030. Montevideo.

Crece en el espesor del mesocolon y mesosigmoides englobando un sector de colon descendente y sigmoides alto. Hígado y peritoneo sanos. No hay adenomegalias. El procedimiento consistió en exéresis completa del tumor incluyendo músculo transverso en un extenso sector y hacia arriba la grasa retroperitoneal, muy abundante y no claramente diferenciable del tumor, y la cápsula perirrenal. La resección en continuidad de todas estas estructuras, incluyó además una colectomía segmentaria izquierda extensa, con descenso del ángulo izquierdo y anastomosis colónica termino-terminal. Se marcó el lecho tumoral con tres agrafes.

La evolución posoperatoria inmediata no tuvo complicaciones, con alta al octavo día.

Vista en consulta con el equipo oncológico se decidió completar el tratamiento con una radioterapia abdominal durante ocho semanas.

El estudio macroscópico de la pieza de exéresis mostró una gruesa masa tumoral de unos 8 cm de diámetro que crece de afuera hacia adentro de la luz colónica. Al corte muestra tejido blanquecino sólido y aspecto fasciculado. Esta masa se encuentra en conexión con el resto de la pieza constituido por dos gruesas masas polilobuladas de 15 y 10 cm de diámetro respectivamente.

La microscopía mostró a nivel de tumoración vinculada con el colon, una proliferación mesenquimal maligna que adoptó un patrón fascicular con 2 a 5 mitosis por cada 10 campos (HPF). Se ve que el tumor nace de la muscular propia del órgano. El resto de la masa corresponde a tejido adiposo adulto.

En suma, leiomioma de colon izquierdo de moderado grado de malignidad. Lipomatosis. Bordes de resección libres de tumor. La paciente fue seguida periódicamente en consulta externa y hasta la fecha, a 21 meses de la operación, está libre de enfermedad.

## Discusión

Ya analizamos la incidencia en cuanto a los distintos sectores del intestino. No existe en la literatura para localización colónica predominio por sexo <sup>(1,3)</sup>.

En cuanto a la edad, predominan entre los 40 y los 70 años <sup>(1,3)</sup>. Del punto de vista clínico, el diagnóstico preoperatorio es siempre difícil. Se distinguen dos formas de presentación. La primera corresponde a la aparición de un tumor abdominal acompañado o no de síntomas totalmente inespecíficos. Suele adquirir un volumen importante y tienen en general poca repercusión general. Sería el caso analizado.

La otra forma es diagnosticada en el curso de una complicación.

Las más frecuentes son: hemorragias, obstrucción, perforación y la infección de necrosis tumoral.

Todo ello hace que el diagnóstico preoperatorio sea pocas veces realizado en forma exacta.

La radiología contrastada, la endoscopia, la fibrolaparoscopia, la ecografía y la TAC permiten la identificación del tumor, sus relaciones y grado de compromiso local, aunque carecen de especificidad para realizar un diagnóstico de tipo de tumor.

En el caso comentado, por el gran componente lipomatoso reaccional fue confundido tomográficamente con un liposarcoma.

**Anatomía patológica.** Los leiomiomas se originan en la fibra muscular lisa, generalmente en la musculatura de la pared del órgano.

En oportunidades es difícil etiquetar a los tumores del músculo liso del tubo digestivo como benignos o malignos <sup>(8)</sup>.

La supuesta benignidad de los leiomiomas debe ser considerada con reservas. Recidivas locales y metástasis hepáticas fueron encontradas en tumores considerados inicialmente benignos. El diagnóstico de malignidad resulta difícil en los bien diferenciados <sup>(9-11)</sup>

El patólogo valora la gran celularidad, la escasez de tejido fibroso intercelular y en particular el dato más fidedigno que es el número de mitosis.

Lee <sup>(12)</sup> admite que una mitosis cada dos campos de gran aumento permiten predecir un comportamiento maligno. Akwari <sup>(13)</sup> considera que basta una mitosis por cada 10 campos para hacer el diagnóstico de leiomioma.

Es importante destacar que en tumores grandes, el tumor no es homogéneo, pudiendo alternar áreas de leiomioma con otras de leiomioma, lo que debe imponer un estudio exhaustivo de la pieza.

La diseminación se hace en dos sentidos <sup>(14)</sup>. Local, que está presente siempre y se debe a existencia de células tumorales en la pseudocápsula y tejidos vecinos; condicionan la extensión de la exéresis quirúrgica.

La diseminación a distancia se hace por vía sanguínea, fundamentalmente a nivel hepático y pulmonar.

**Tratamiento.** El tratamiento de leiomioma es esencialmente quirúrgico <sup>(1,3,4)</sup>. Es el único que ha demostrado resultados efectivos.

El mismo podrá ser considerado radical o paliativo, de acuerdo a la extensión lesional. Si bien el porcentaje de resecabilidad de estos tumores es alto, el retardo y la dificultad para el diagnóstico hacen que las exéresis paliativas sean las más frecuentes.

En la serie de la Clínica Mayo, Akwari encuentra que en 10% de los casos la lesión fue irresecable y que en 45% la exéresis fue sólo paliativa <sup>(13)</sup>.

La recidiva local frecuente justifica que la exéresis radical sea similar a la de otros tumores.

Si bien la diseminación linfática no es muy frecuente, la inclusión de los territorios ganglionares de drenaje está justificada.

La topografía del tumor de colon determinará el tipo de colectomía a realizar.

La cirugía agresiva se justifica por el lento crecimiento de estos tumores. La resección paliativa se justifica a menos que sea irreseccable para prevenir complicaciones del tipo de hemorragias, obstrucción y perforación <sup>(3,5,15)</sup>.

Sobre otros tratamientos complementarios, sólo en los tumores de alto grado de malignidad el uso de la quimioterapia puede contribuir a complementar el tratamiento quirúrgico. No ha sido eficaz para el tratamiento de las metástasis.

### Control evolutivo

La tendencia y recurrencia local obliga a un seguimiento estricto. Al examen clínico riguroso es necesario agregar eco y tomografía.

La radiografía de tórax es fundamental, dada la frecuencia de metástasis a ese nivel.

**Pronóstico y resultados.** La sobrevida global a los 5 años en distintas series varía de 20% a 50% <sup>(13)</sup>.

Para las resecciones curativas la sobrevida a 5 años es de 50% y a los 10 años de 35%.

En las resecciones paliativas las cifras son de 25 y 6% respectivamente.

Las recidivas locorregionales son responsables de 90% de las muertes de estos enfermos <sup>(13)</sup>.

Sin embargo la ausencia de correlación entre el tipo histológico del tumor y su biología, permite suponer la existencia de dos tipos de tumor; uno de lenta

evolución y otro agresivo, de rápido crecimiento, rápida extensión lesional y un pronóstico malo, a pesar de diagnóstico y tratamiento precoz.

### Bibliografía

1. **Bacruini A, Halhani F, Halleb A.** Les leiomiomas del intestino delgado. *J Chir* 1985; 122(4): 215-20.
2. **Ghione S, Cardino L, Rozzo G.** Leiomioma del tercio medio del intestino delgado. *Min Chir* 1985; 40: 1503-06.
3. **Bacon H.** Cancer of the colon, rectum and anal canal. Philadelphia: JB Lippincott, 1964: (Chap 6) 384-8.
4. **Lombardo L, Polizzi V.** Leiomioma del colon. *Min Chir* 1982; 37: 1009-16.
5. **Goliger J.** Cirugía del ano, recto y colon. Barcelona: Salvat, 1982: (Cap 21) 777.
6. **Armand Ugon C.** Leiomioma del ángulo duodeno-yeyunal. *Cir Uruguay* 1978; 48(3): 260-2.
7. **González Fernández A, Mendibál Herrera J.** Leiomioma del intestino delgado. *Cir Uruguay* 1972; 42(6): 386-90.
8. **Gutiérrez Pérez JA, Moreno Muro M.** Leiomioma rectal. Metástasis hepáticas. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1986; 69: 263-6.
9. **Rodríguez Álvarez JL, García Campos F.** Leiomioma gástrico. *Rev Esp Enf Ap Dig* 1985; 67(15): 437-44.
10. **Woods JA.** Tumors of the intestine. *Armed Forces Inst Pathol* 1967; 36-44: 110-6.
11. **Stavv G, Dackerthy M.** Leiomyomas and leiomyosarcomas of the small intestine. *Cancer* 1955; 8: 101-11.
12. **Lee T.** Leiomyosarcoma of the gastro-intestinal tract. General Pattern of metastasis and recurrence. *Cancer Treat Rev* 1983; 10: 91-101.
13. **Akwari DE, Dozols RR, Welland LA.** Leiomyosarcoma of the small large bowel. *Cancer* 1978; 42: 1375-84.
14. **Ranchod M, Kempson R.** Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract and retroperitoneum. *Cancer* 1971, 39: 255-62.
15. **De Vita V, Hellman S, Rosenberg S.** Leiomyosarcoma of the small intestine. *Cancer. Principles and practice of oncology.* Philadelphia: Lippincott, 1982.