

Leiomioma de recto

Dres. Humberto Viola Núñez¹, Luis Praderi¹, Nelson Reissenweber²

Resumen

Se presenta un caso de leiomioma de recto y se analiza la bibliografía sobre el tema. Son tumores extremadamente raros, cuyo diagnóstico se hace con el tacto rectal y la rectosigmoidoscopia. El tratamiento es la amputación abdomino-perineal y quimioterapia adyuvante. Tienen una baja tasa de supervivencia a los 5 y 10 años.

Palabras clave: Recto. Leiomioma.

Summary

A case of leiomyosarcoma of the rectum is presented and bibliography on the subject is analysed. They are extremely rare tumors whose diagnosis is made by means of rectal examination and rectosigmoidoscopy. Treatment consists of abdominoperineal amputation and adjuvant chemotherapy. They have a low survival rate at 5 and 10 years.

El leiomioma de recto (LS) es una afección muy rara, en 1881 se presenta el primer caso y Exner en 1908 hace la primera descripción. En la literatura sólo se encuentran casos aislados, reuniéndose 136 LS hasta junio de 1986⁽¹⁾.

En nuestro medio no existe ninguna publicación sobre el tema.

Caso clínico

E. B. de F. CASMU

Paciente de 46 años intervenida el 5 de mayo de 1987 en el Hospital Español por afección ginecológica; en la exploración operatoria se encuentra una tumoración en el fondo de saco de Douglas, que

parece originarse en el recto, terminándose el acto quirúrgico sin diagnóstico.

A las 24 horas la vemos en consulta, del interrogatorio surge un estreñimiento progresivo con rectorragias. El tacto rectal revela un tumor a 7 cm del margen anal, en cara anterior y derecha, vegetante y fijo a la pared vaginal posterior.

La RSC confirma el tumor a 8 cm, ulcerado e infiltrante.

La biopsia muestra tumor maligno con los caracteres de un mioma poco diferenciado.

La radiografía de tórax es normal y del laboratorio se destaca un hematocrito de 35%, velocidad de eritrosedimentación (VES) en primera hora de 85 mm y fosfatasa alcalina de 320.

Se opera en el sanatorio n° 1 del CASMU, abordaje mediano infraumbilical, tumor de recto que crece hacia el Douglas, no hay secundarismo hepático palpable.

Se realiza una amputación abdomino-perineal de recto con colpectomía posterior y cierre primario del periné con dos drenajes aspirativos. Hubo un sangrado importante durante el tiempo perineal, que requirió una hemostasia cuidadosa y reposición correspondiente.

Al decimoséptimo día se le otorga el alta en buenas condiciones.

Al mes de operada es enviada en consulta al equipo de oncología, recibiendo varias series de quimioterapia; a los dieciocho meses en el último control se encuentra bien en cura clínica, a pesar de que la TAC muestra ocupación del piso pelviano.

Anatomía patológica

El estudio de la pieza (Dr. Reissenweber) (figura 1) muestra una tumoración a 7 cm de la línea pectínea, sólida, blanquecina, firme elástica, que sustituye parte de la muscular del recto e infiltra la submucosa sin sustituir definitivamente la mucosa.

La histología revela una proliferación celular fusiforme, atípica e invasora, que crece formando haces en torbellino y de direcciones encontradas con escaso estroma fibroso pero abundante vascularización.

1. Cirujanos del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU).

2. Anatomopatólogo del CASMU. Departamento de Cirugía del CASMU.

Correspondencia: José M. Montero 3089. CP 11300 Montevideo

Las células tumorales tienen gran capacidad de angioinvasión, creciendo como trombos tumorales dentro de la luz de vasos a los que dilatan.

Los ganglios están libres de metástasis y los extremos de resección libres de tumor.

En suma: leiomioma muy vascularizado.

Comentario

El mismo surge, de la serie de 136 casos publicados por Khalifa y col. ⁽¹⁾.

Se trata de tumores de muy baja incidencia, en 35 años sólo se detectan 10 casos en la Clínica Mayo ⁽²⁾.

Dukes encuentra sólo dos casos, en 2200 tumores rectales malignos, 0,09% ⁽¹⁾.

En la región de Birmingham, hay 8 casos en el período 1950-67, 0,08% ⁽³⁾.

Las edades van desde los 21 años el más joven hasta los 84 el mayor, con un promedio que se sitúa en 55,6 años.

Predomina en el hombre en una relación de 1,8/1, de raza blanca.

El leiomioma de recto se origina en la capa muscular del recto, en la muscularis mucosa o en la pared de los vasos ⁽²⁾.

89% se localiza en el recto bajo y se diagnostica por el tacto rectal.

De tamaño variable desde 1 a 20 cm de diámetro, crecen como masa submucosa hacia la luz del recto o hacia afuera del órgano ⁽⁴⁾.

Son de consistencia firme en 70% de los casos y la mucosa estaba ulcerada en 42,9% de los mismos.

Su malignidad es difícil de determinar a veces, utilizándose el número de mitosis y el grado de diferenciación celular para definirla ⁽⁵⁾.

La diseminación es local y hematogena, siendo excepcional la linfática; los sitios de elección son el hígado, pulmón, peritoneo, cerebro y columna vertebral.

Los síntomas están en relación a la ubicación y el tamaño del tumor, no difiriendo de los habituales del cáncer de recto.

En la serie analizada encontramos: rectorragias 42,8%, constipación progresiva 31,9%, dolor rectal 22,7%, ocupación rectal 12,9% ⁽¹⁻⁴⁾.

El tratamiento de elección es la amputación abdomino-perineal que se practicó en 88 pacientes.



Figura 1

La resección local amplia se preconiza en tumores pequeños y de bajo grado de malignidad ⁽⁶⁾; se realizó en 40 casos con 27 recidivas en el seguimiento, 67,5%.

La radioterapia es inefectiva y sólo la quimioterapia combinada sería de utilidad en 68% de pacientes con metástasis de sarcomas ⁽¹⁻⁷⁾.

La tasa de sobrevida a 5 años para 72 casos seguidos es de 38,9% y desciende a 9,7% a los 10 años, estando en relación directa con el tamaño tumoral y el grado de diferenciación ⁽¹⁻²⁾.

El seguimiento de los pacientes debe realizarse con tomografía axial computada (TAC) de pelvis cada 3 a 4 meses durante los primeros dos años y cada 6 meses los siguientes.

Bibliografía

1. Khalifa A, Bong W, Rao V, Williams M. Leiomyosarcoma of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1986;29:427-32.
2. Walsh TH, Mann CV. Smooth muscle neoplasma of the rectum and anal canal. *Br J Surg* 1984;71:597-9.
3. Somervell JL, Mayer PF. *Br J Surg* 1971;58:144-6.
4. Hishida Y, Ishida M. Smooth-muscle tumors of the rectum in Japanese. *Dis Colon Rectum* 1974;17:226-34.
5. Golden T, Stout AP. Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract and retroperitoneal tissues. *Surg Gynecol Obstet* 1941;73:784-810.
6. Quan SH, Berg JW. Leiomyoma and leiomyosarcoma of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1962;5:415-25.
7. Sanders RJ. Leiomyosarcoma of the rectum: report of six cases. *Ann Surg* 1961;154(suppl):150-4.