

## LEIOMIOSARCOMA DEL, INTESTINO DELGADO

*Dr. SILVIO R. ZUNIGA (\*)*

**J. F. R.** Ficha N° 52864. hombre de 64 años, procedente de Santa Cruz de Yojoa (Cortés), ingresa a la 2ª Medicina de Hombres del Hospital General el 21 de abril de 1965.

Síntoma Principal: Dolor al lado del brazo y tos.

Enfermedad Actual: Hace 3 años se le inició cuadro febril con elevaciones, térmicas precedidas de escalofríos. terminadas con sudoración y que se presentaron diariamente por 4 días. Simultáneamente experimentó dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo. Fue tratado por médico quien administró inyecciones y prescribió pastillas con lo que recuperó su salud. A los 3 meses de este episodio se le presentó repentinamente dolor tipo cólico, de ubicación en hipocondrio izquierdo, que le hacía retorcerse y tirarse al suelo; con los dolores sentía deseos de defecar pero sin lograrlo. Hora y media después el dolor se suavizó iniciándose entonces fiebre sin escalofrío pero sí con sudoración: tras éste hubo otros ataques febriles cotidianos por un período de 6 días, persistiendo el dolor pero de carácter tolerable. Fue internado en el Hospital de Siguatepeque donde lo trataron por 12 días con inyectables y tabletas que continuó tomando en su casa. Mientras siguió este tratamiento se sintió mejorado pero al terminarlo reaparecieron las fiebres cotidianas con escalofrío y sudoración pero esta vez. no se hizo presente el dolor. Durante los 2 últimos años la fiebre ha continuado presentándose dejando solamente unos días de apirexia provocados por tratamientos médicos. Refiere que desde el inicio de la enfermedad ha presentado estreñimiento, en ciertas ocasiones hasta por 4 ó 5 días, que ha aliviado con purgantes. Acusa anorexia completa desde hace 4 meses por lo que ingiere solamente líquidos.

Refiere que al mismo tiempo que se presentó la anterior sintomatología se inició tos seca, pertinaz, que lo atacaba por accesos durante la noche o en la madrugada. Desapareció por un periodo de 6 meses al cabo de los cuales reapareció y persiste en la actualidad.

Enfermedades anteriores: Desde la edad de 9 años padece de “calenturas” que se le han presentado con carácter periódico. El más grave traumatismo sufrido ocurrió hace 30 años cuando se cayó del puente de Choloma golpeándose el lado

---

(\*) Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital General. Profesor de Enseñanza Quirúrgica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

izquierdo del abdomen contra un durmiente. Fue operado de hernia inguinal hace 2 años.

En la Revisión de Síntomas sólo encontramos edema en tobillos, de carácter moderado, que se inicio hace 3 meses y que persiste.

#### EXAMEN FÍSICO

P. A.: 120/70 P-82 p. p. m. T-37°3 R16 p.. m. El examen de las mucosas revelo que estaban palidas.

En el examen pulmonar se apreció disminución del murmullo vesicular en base pulmonar izquierda.

El abdomen era ligeramente globuloso, blando y depresible. Área de percusión hepática normal en extensión y sitio. Se palpó un bazo aumentado de volumen que llegaba hasta la fosa ilíaca derecha, de consistencia dura, de superficie lisa. La hernia inguinal había reaparecido.

El diagnóstico de ingreso fue Anemia Profunda y Paludismo Crónico.

#### EVOLUCIÓN

El examen de orina fué normal. G.R.-2.380.000 mm<sup>3</sup>. Hg-5,4 gm, Ht-21 vols. 100 cc. G. B.-1 1.800 mm<sup>3</sup> N-63% L-35% M-2% VDRL Positivo 1:4 **NNP-** 47,5 mgm/100 Glucosa-103 mgm/100 Creatinina-1,45 mgm/100 Proteínas Totales-6.1 gm/100 Coproparasitológico fue negativo. índice Ictérico-1, 8 U.

El 27 de abril el Jefe del Servicio anotó: "llama la atención la esplenomogalia. Se toma frotis para buscar hematozoario; es necesario descartar patología esplénica, verbigracia paludismo cronico, tumor esplénico, leucemia, etc." Los exámenes investigando hematozoario resultaron negativos en 12 oportunidades diferentes.

El 29 de abril se informó una condensación pleuro-neuxnónica de la base izquierda que fue tratada con Penicilina, Sulfadiazina y expectorante. Controles posteriores (12 y 14 de mayo) mostraron parénquima y circulación pulmonar dentro de límites normales, corazón normal, aorta alargada y tortuosa con ángulo costofrenico obliterado por engrosamiento pleural.

El Hematólogo consultado anotó su impresión clínica de Esplenomegalia palúdica Crónica. Médula esternal: hiperplasia mieloide moderada. Plaquetas 284.000 mm<sup>3</sup> Reticulocitos-1,7% T. C-3'45" T. **S.-35"** T.P.-19".

El 21 de mayo se practicó Esplenoportografía penetrando por 10° espacio intercostal izquierdo e inyectando 20 ml. De Hypaque. El radiólogo informo: en este examen se opacifico perfectamente la vena esplenica, la que tiene un calibre normal;no se ve circulación colateral en el sistema porta ; tampoco se visualizo el tronco porta. Se continuo tratamiento con sulfato Fe y dosis intensivas de penicilina (6.000.000 U en 4 dias).

El 3 de junio desarrolla fiebre de 40° anotándose que "existe la posibilidad de una supuración intraespiénica por la inyección de Hypaque" G. B.-1 1.600 mm<sup>3</sup>

N-76% E-1% L-23% Reacción de Antígenos Febriles negativa. Se instituyo tratamiento con camoquin.

El 14 de junio se informó la "presencia de derrame pleural izquierdo que sube hasta 8" costilla sobre la línea axilar media con impresión de posible insuficiencia cardiaca". Se extrajeron 500 ml. de líquido amarino que se coaguló; una coloración de Gram fue negativa y el cultivo de bacilo tuberculoso fue informado posteriormente como negativo. Radiografía de control del 18 de junio informó que el derrame pleural se había reabsorbido casi por completo con persistencia de libera congestión en la circulación pulmonar. La fiebre había persistido por 19 días. El Hematólogo anotó la posibilidad de un linfoma del bazo sugiriendo interconsulta con el Radioterapeuta para tratamiento de prueba El ultimo indico una biopsia esplénica antes de practicar radioterapia. El 23 de junio, en un intento de aspirar pulpa espléndida, el Hematólogo aspiró 15 ml. de un líquido purulento, de color café oscuro y con olor fecaloideo penetrante. Se inicia tratamiento con cloranfenicol oral y el 28 se anota que "ha habido buena respuesta clínica al tratamiento; consideramos que la esplenectomía podría rendirle mucho beneficio". El 29 de junio se informó un hemocultivo como negativo. El paciente permaneció hospitalizado durante la primera semana de julio egresando apirético después de efectuada una transfusión de sangre ordenada después de recibido el siguiente examen hematológico G. R.-2.660.000 Hg-5,5 Ht-23 G. B.-10.850 N-70% E-3% L-27%. El diagnóstico de salida fue "Paludismo Crónico", permaneció interno 77 días y se le recomendó regresara para esplenectomizarlo.

#### REINGRESO

Se admite al mismo servicio el 23 de julio asegurando que habían disminuido sus accesos febriles: su apetito, sueño y micciones dice realizarlos normalmente pero molestándole el siempre el dolor en el bazo, que lo siente mas inflamado; acusa la dificultad para la respiración al hacer menos esfuerzo; hay edema no dolorosa en 1/3 inferior de ambas piernas que inicialmente cedía con el reposo. Acusa, ademas, tos seca, pertinaz, con accesos nocturnos o con ocasión de realizar esfuerzos.

El abdomen era ligeramente globuloso, poco depresible; los ruidos intestinales eran normales en intensidad y tiempo: a la palpación profunda hay dolor moderado en hipocondrio izquierdo en el lugar correspondiente al bazo, el que se aprecia francamente aumentado de tamaño llegando hasta la fosa ilíaca derecha; su consistencia es semidura. sin nodulaciones y de borde regular. El hígado era normal.

Desde su reingreso se le indicó Duo-Kaps. poción expectorante y sulfadiazina, agregándosele posteriormente tetracíclica oral, extracto de hígado, penicilina-y Winstrol.

Al reingreso tuvo G. R.-1 .940.000 mm<sup>3</sup> Hg-4 gm/100 Ht-19 vol./100 G.B.-8.150 mm<sup>3</sup> NNP-29.5 mgm. Glucosa-97 mg. Creatinina 0.65 cg. Proteínas Tota-les-5 gm. Orina-Negativa Heces-Negativa por parásitos. Espujo negativo por BAAR. Radiología informó "zona de condensación en la base del pulmón izquierdo, persistencia de agrandamiento cardíaco y ligeros cambios congestivos en la circu'a-ción pulmonar". Un tránsito GI fue informado con "esófago, estómago y bulbo duodenal normales y a nivel de la 3" porción del duodeno se ve un divertícu'o de 3 cm. de diámetro.

El 4 de agosto se traslada a 2<sup>a</sup> Cirugía ele Hombres y el 6 el Jefe del Ser-

vicio anota: "Este paciente fue trasladado a este servicio hace 2 días para practicarle una esplenectomía por esplenomegalia de etiología aparentemente no bien determinada. Hace algunas semanas se le practicó una punción esplénica con fines diagnósticos y con ella se averiguó la presencia de pus en el parénquima del bazo. absceso atribuible a una esplenoportografía anterior. Este cuadro agudo cedió con tratamiento conservador. Desde anoche el paciente presenta síntomas de abdomen agudo. Se le ordena una radiografía simple de abdomen y hemograma de urgencia cuyos resultados deben informarse al Cirujano de Urgencia". Los informes solicitados fueron contestados así: G.R.-2.190.000 Hg-5,9 Ht-28 G.B.-14.950 N-75% L-25% Placa Simple: "En el flanco izquierdo se observa una cavidad de paredes irregulares que contiene una colección hidroaérea en su interior. Estos cambios sugieren la presencia de un absceso intraperitoneal".

Como Cirujano de Emergencia confirmé la presencia de un abdomen agudo con viente de madera que imposibilitaba el examen de vísceras abdominales; dados los antecedentes se creyó en la posibilidad de rotura de absceso intraesplénico o bien en la inundación hemática del peritoneo por rotura simple del bazo.

Ese mismo día por tarde fue laparotomizado. En la descripción operatoria se anota:

"2.—Se encontró escaso líquido libre, de color oscuro cafésoso y sin formación de fibrina.

3.—Se comprobó la presencia de una tumoración multilobulada, de consistencia sólida, apañada en el sentido anteroposterior, de coloración amarillo-rojiza, situada por debajo de la mitad izquierda del colon transverso y por dentro del colon descendente: por su extremo inferior traspasaba la línea media. Toda la tumoración estaba cubierta por epiploon mayor que se adhería a ella íntimamente; los vasos venosos del meso estaban engrosados y tortuosos y, asimismo, la vena gastro-epiploica que los drenaba presentaba iguales caracteres. El bazo se encontró en su posición normal con tamaño y forma dentro del patrón anatómico; por tanto, la tumoración no arrancaba de ese órgano".

La liberación del tumor demostró que guardaba adherencias con el colon transverso, con la parte correspondiente del mesocolon y con el colon descendente: Por su cara posterior presentaba un pedículo corto que se insertaba en el yeyuno, a 4 cm. del ángulo duodenoyeyunal. Al seccionar ese pedículo constatamos que era hueco y que por una parte conducía a la luz intestinal y por la otra llevaba una amplia cavidad quística intratumoral que contenía un líquido amarillo cafésoso espeso muy fétido y con restos alimenticios. Se resecó la tumoración, se efectuó enterografía en dos capas en el yeyuno. El examen final de la cavidad peritoneal demostró la existencia de dos tumoraciones en lóbulo derecho del hígado que lucían caracteres semejantes al intestinal.

El estudio del tumor, efectuado por el Dr. Durón M. fue informado como sigue: MACRO. La tumoración pesa 700 gm. y mide 20x20x6 cm. La superficie externa es multilobulada notándose fragmentos de grasa que parecen formar una capsula completa al tumor. Hacía un extremo se encuentra un orificio de 2 cm. Que comunica a una cavidad intratumoral de 13x9x4 cm. La superficie interna de esta cavidad es anfractuosa, no presenta membrana de revestimiento y contiene escasos restos alimenticios y líquido achocolatado fétido, posiblemente de origen intestinal. Superficie de corte muestra tejido tumoral multilobulado gris blanquecino, bastante blando. MICRO. Cortes a diferentes niveles muestran neoplasia for-

mada por múltiples fascículos de músculo liso semejando un leiomioma merino En las partes alejadas de la cavidad hay hiper celularidad ad. hiper cromatismo nuclear cierto grado de displasia y frecuentes mitosis. No hay, sin embargo, cuadro de **ana-plasia** v el tumor es bastante bien diferenciado, grado I. Cortes incluyendo la superficie interna de la cavidad intratumoral y en su sitio de implantación al yeyuno muestran intensa **necrosis**, restos superficiales de mucosa intestinal y reacción granulomatosa a cuerpo extraño con células gigantes multinucleadas que contienen material **birrefringente**. Este tumor se originó de la capa muscular externa y por eso creció fuera del intestino (tipo **exointestinal**).  
DIAGNOSTICO: Leiomioma Exointestinal del yeyuno. Grado I a II.

El paciente tuvo un postoperatorio normal, la fiebre desapareció *desde el 10° día* fuera de una dehiscencia de la herida operatoria, que ya fue reparada su estado general es bueno y aún permanece asintomático.

### C O M E N T A R I O S

Existen discrepancias en lo relacionado con el primer caso de leiomioma del intestino delgado que haya sido informado: según Starr y Dockerty (1), fue Nicolaysen en 1886, en tanto que para Grigg (2) el primer leiomioma del intestino radicaba en íleon y fue descrito en 1897 por el patoparasitólogo rumano Víctor Babes.

Según Pagtalunan y col. (3), en un período de 25 años (1937-1961), en la Clínica Mayo hubo 327 casos de tumores malignos primitivos del intestino delgado. De estos, 129 eran adenocarcinomas, 68 carcinoides. 61 leiomiomas malignos y 47 leiomiomas. Para este informe la frecuencia del leiomioma fue, por tanto, de 14%. Su distribución era la siguiente: 9 casos en el duodeno (19%), 20 casos para el yeyuno (43%), 16 casos para el íleon (34%) y no se especificó en 2 oportunidades. Cox (4) cree frecuente el desarrollo de este tumor en el Divertículo de Meckel y de la revisión que hace logra encontrar 13 casos originados en él. Según Schmutzer y col. (5) que revisan los protocolos del Queen of Angels Hospital de California (1944-63), comprobaron una frecuencia de 12% de leiomiomas entre los tumores del intestino delgado, porcentaje semejante al antes mencionado.

Informan Raszowski y Kent (6) que hasta 1957 se encontraban en la literatura 60 ejemplos de leiomiomas. En Argentina. Alche y col. (7) apenas pudieron reunir, hasta 1957. 3 casos de estos tumores intestinales. Según Grigg (2) los leiomiomas esofago-gastro-intestinales tienen su sitio de predilección en el estómago, en segundo lugar por el esófago y en último puesto en el intestino delgado.

En lo relacionado con la edad, Starr y Dockerty encontraron que el 66% de los casos ocurría entre los 40 y 59 años, pero verificaron su existencia desde la 3ª a la 9ª décadas de vida. Ellos mismos comprobaron una mayor incidencia en el sexo masculino, en la proporción de 2:1.

Su origen en las paredes del tracto gastrointestinal puede radicar en la **muscularis mucosae**, en la **muscularis externa**, en las fibras musculares aisladas de la submucosa o subserosa y, tal vez, en las paredes de los vasos sanguíneos.

Por su situación pueden ser intramurales, submucosos o subserosos. Los dos últimos pueden adquirir gran tamaño y aún ser submucosos o subserosos, pero generalmente exhiben una tendencia polipoidea: cuando tienen crecimiento intralu-

minal! el peristaltismo intestinal los puede hacer avanzar y producir un cuadro de oclusión mecánica del intestino. Frecuentemente ocurre degeneración quística en «i interior y ulceración en su superficie mucosa. El tamaño de los tumores informados por Pagtalunan y col. fue mayor de 5 cm. de diámetro en el 76% de los casos y esta dimensión no estuvo en relación con el grado de malignidad ya que el 53% tenía un grado I y el 34 un grado II. Para algunos la evidencia de metástasis hepática o e de diseminación peritoneal son necesarias para establecer el criterio de malignidad. Las metástasis ganglio-nares prácticamente nunca se observan.

Desde el punto de vista de síntomas, la hemorragia encabeza la lista por su frecuencia (según Starr y Dockerty la melena recurrente se presenta en el 65% de ius casos) y conduce a anemia hipercrómica microcítica según Grigg. Los tumores ttrahrminales dan fenómenos de compresión cuando alcanzan cierto tamaño; los btraluminales suelen producir obstrucción parcial o completa (invaginación ente-(o-entérica, vólculo). Presencia de masa tumoral, náuseas, vómitos, pérdida de peso y hematemesis completan ios síntomas. La radiología es de gran ayuda y puede localizar el sitio de la lesión pero la apariencia radiológica, según Grigg, hace inclinar más hacia una lesión benigna; otros datos radiológicos constatados pueden ser la ulceración y la calcificación.

En cuanto a tratamiento la opinión es unánime: la resección es la única terapéutica lógica para los leiomiosarcomas del tubo digestivo. Según Grigg la radioterapia es inútil debido, probablemente, al alto grado de diferenciación celular. La quimioterapia ensayada por Rochlin y col. (8), utilizando preparados modernos, tue completamente negativa. La Cirugía se impone como única arma curativa y, lún en los casos inoperables, favorece al paciente con resecciones paliativas. En os casos revisados pori Pagtalunan el 48% de los pacientes operados sobrevivió 5 o más años después de la intervención.

#### B I B L I O G R A F Í A

- 1.—STARR, G. F. y DOCKERTY, M. B.: Leiomyomas and Leiomyosarcomas of the small intestine. *Cáncer* 8:101. Enero-Febrero 1955.
- 2.—GRIGG, E. R. N.: Esophagogastrointestinal Leiomyo (sarco)mas. *The Amer. J. Of Med.* 31:591. Oct. 1961.
- 3.—PAGTALUNAN, R. J. G.; MAYO, C. W. y DOCKERTY, M. B.: Primary Malignan! Tumors of the Small Intestine. *The Amer. J. of Surg.* 108:13. Julio 1964.
- 4.—COX Jr. W. L.: Leiomyosarcoma of Meckel's Divertieulum. *The Amer. J. of Surg.* 107:881. Junio 1964.
- 5.—SCHMUTZER, K. J.-HOLLBRAN, W. M. y TÍEGAK, J7~F.: Tumors of the small bowel. *The Amer. J. of Surg.* 108:270. Agosto 1964.
- 6.—RASZOWSKI, H. J. y KENT, K. H.: Leiomyosarcoma of the jejunum. *Surg. Gynec. and Obst.* 104:280. 1957.
- 7.—ALCHÉ, S.; GROSSO, R. H. y CANESSA, N. M.: Leiomiosarcoma del Inestestino Delgado. *La Prensa Méd. Arg.* 48:3098. Noviembre 1961.
- 8.—RÓCHLIN, D. B., SMART, C. R. y SILVA, A.: Chemotherapy of maUgnancies of the Gastrointestinal Tract. *The Amer. J. of Surg.* 109:43. Enero 1965.