Localizador web
Artículo 33.526

Hemorragia digestiva secundaria a un leiomiosarcoma de íleon: tratamiento laparoscópico

J.M. López-Cepero Andrada, F. Mateo Vallejo[*], M. Salado Fuentes[**], R. Márquez Platero[*], J.C. Díaz Monrove[***], A. Benítez Roldán, J. del Molino Fernández y J. Medina Díez[****]
Sección de Aparato Digestivo. [*]Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. [**]Servicio de Obstetricia y Ginecología. [***]Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. [****]Jefe de Servicio de Cirugía general y del Aparato Digestivo. Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Las neoplasias malignas del intestino delgado representan únicamente el 2% de los tumores gastrointestinales. En su mayoría corresponden a adenocarcinomas y tumores carcinoides. Los tumores originados en la musculatura lisa intestinal se engloban dentro de la denominación de tumores estromales. Predominantemente se localizan en yeyuno e íleon. El tratamiento de esta entidad sigue siendo fundamentalmente quirúrgico, aunque su tratamiento laparoscópico sólo ha sido comunicado de forma ocasional. Describimos un caso de leiomiosarcoma de íleon cuyo tratamiento quirúrgico consistió en una resección laparoscópica

Palabras clave: *Hemorragia digestiva. Leiomiosarcoma de íleon. Laparoscopia.*

DIGESTIVE HEMORRHAGE SECONDARY TO LEIOMYOSARCOMA OF THE ILEUM: LAPAROSCOPIC MANAGEMENT

Malignant neoplasms of the small intestine account for only 2% of gastrointestinal tumors. Most of these neoplasms are adenocarcinomas and carcinoid tumors. Tumors originating in smooth intestinal muscle are included within the term stromal tumors and are usually located in the jejunum and ileum. The treatment of this entity continues to be mainly surgical, although laparoscopic management has been reported only occasionally. We describe a case of leiomyosarcoma of the ileum that was surgically managed by laparoscopic ileal resection.

Key words: *Digestive hemorrhage. Ileal leiomyosarcoma. Laparoscopy.*

(*Cir Esp* 2001; 70: 205-206)

Introducción

Las neoplasias malignas del intestino delgado representan únicamente el 2% de los tumores malignos del tracto gastrointestinal, a pesar de que su longitud total supone el 75% de éste[1]. Aproximadamente, el 80% de los tumores malignos del intestino delgado corresponden a adenocarcinomas y tumores carcinoides, siendo los leiomiosarcomas más infrecuentes con una incidencia próxima al 15%[2]. Describimos un caso de leiomiosarcoma intestinal cuya manifestación clínica inicial fue una hemorragia digestiva de origen oculto y su tratamiento quirúrgico consistió en una resección intestinal laparoscópica.

Correspondencia: Dr. J.M. López-Cepero Andrada.
Urb. El Bosque, 1, 3, 3.º D. 11405 Jerez de la Frontera. Cádiz.
Correo electrónico: merychus@wanadoo.es

Aceptado para su publicación en junio de 2001.

Caso clínico

Mujer de 78 años de edad, sin antecedentes de interés, que ingresa a causa de deposiciones melénicas de varios días de evolución acompañadas de intensa astenia y anorexia. A la exploración se hace evidente una intensa palidez mucocutánea aunque sin signos de descompensación hemodinámica. Entre las analíticas practicadas destacamos una hemoglobina de 6,0 g/dl y un hematócrito del 18,9%. Los parámetros bioquímicos habituales, el estudio de coagulación, así como los marcadores tumorales CEA, CA 19.9 y alfafetoproteína se situaron dentro de la normalidad. Se realizó una endoscopia digestiva alta ante la sospecha clínica de hemorragia digestiva del tracto digestivo alto, sin embargo ésta fue normal. Posteriormente, se practicó colonoscopia que puso de manifiesto una mucosa colónica tapizada de forma difusa por restos hemáticos rojizos junto a coágulos aislados. El estudio baritado resultó normal y la tomografía axial computarizada (TAC) abdominal evidenció una tumoración pélvica derecha sólida. La

Fig. 1. Tumoración en íleon de 5 × 7 cm afectando al borde antimesentérico.

existencia de una neoplasia intestinal sólo pudo ser establecida tras la realización de una laparoscopia, que puso de manifiesto una tumoración ileal de 5 × 7 cm de diámetro a unos 40 cm de la válvula ileocecal, que afectaba al borde antimesentérico y que sangraba al roce con facilidad (fig. 1). No hubo evidencia de extensión ganglionar, por contigüidad o a distancia. Se realizó una resección laparoscópica de intestino delgado con anastomosis latero-lateral. En los cortes histológicos se observó una neoplasia maligna en la muscular propia. Se estableció el diagnóstico de tumor estromal de intestino delgado tipo leiomiosarcoma. Tras un año de seguimiento no se ha evidenciado recurrencia del sangrado ni de la enfermedad.

Discusión

La incidencia de neoplasias malignas en el intestino delgado es menor de la que podríamos prever teniendo en cuenta su longitud y superficie absortiva[3]. La ausencia de signos clínicos patognomónicos, la gran distensibilidad y contenido líquido del intestino delgado, así como su frecuente crecimiento extraluminal condicionan una evolución asintomática en la mayoría de las ocasiones[1,4]. La hemorragia digestiva es la forma de presentación clínica más común. Habitualmente el sangrado digestivo es crónico, débil y oculto, y por tanto causa de anemia, aunque ocasionalmente resulta ser profuso y grave[5]. Su localización en los diferentes tramos del intestino delgado se distribuye de forma proporcional a la longitud de los diferentes segmentos intestinales, siendo por ello más frecuente en el yeyuno y el íleon y menos frecuente en el duodeno. El diagnóstico de esta entidad resulta difícil a causa del crecimiento extraluminal, de su excepcionalidad y de la ausencia de signos patognomónicos. Los procedimientos endoscópicos y baritados habituales resultan insuficientes aunque éstos últimos identifican correctamente aproximadamente al 70% de los leiomiosarcomas intestinales. La prueba diagnóstica de elección es la TAC, con una sensibilidad del 98%; además proporciona información sobre su tamaño, directamente relacionado con su malignidad[5]. La angiografía selectiva detecta más del 90% de los leiomiosarcomas especialmente si presentan sangrado activo; sin embargo, al igual que la TAC distingue con dificultad lesiones benignas de malignas[5]. La extensión linfática es rara, en torno al 5-13%, y cuando se produce suele asociarse a una importante diseminación sistémica por lo que su resección sistemática no está indicada[4,6,7]. El diagnóstico en fases precoces antes de la aparición de metástasis mejora sustancialmente las posibilidades de supervivencia, sin embargo el comportamiento frecuentemente silente de estos tumores dificulta su diagnóstico temprano. La laparoscopia diagnóstica ha mostrado su efectividad en la estadificación de tumores digestivos abdominales, evitando así laparotomías innecesarias y la morbimortalidad asociada[8]. La determinación histológica del grado de malignidad no es fácil[5]. El número de mitosis es considerado el criterio más importante de agresividad tumoral. Se ha comunicado una supervivencia a los cinco años en torno al 5-20% en los tumores de alto grado y del 55-58% en los de bajo grado[9]. El tratamiento quirúrgico recomendado es la resección del tracto intestinal afectado[4]. La terapia adyuvante con quimioterapia y radioterapia no ha aportado beneficios y no se recomienda de forma sistemática[5]. En el caso que describimos, tal resección se realizó mediante laparoscopia sin ninguna dificultad adicional a las descritas en el abordaje abdominal clásico. Una revisión realizada en Medline nos permite afirmar que el manejo laparoscópico de tumores de intestino delgado no es frecuente. Han sido comunicadas únicamente observaciones clínicas aisladas, ningún caso de leiomiosarcoma intestinal, con buenos resultados tras la resección[10-12]. Creemos que la menor morbimortalidad postoperatoria atribuida al abordaje laparoscópico, su aportación como medida técnica diagnóstica así como su probada eficacia en el manejo de otras parcelas quirúrgicas obliga a considerarla como una alternativa válida en el tratamiento de esta entidad.

Bibliografía

1. Herbsman H, Wetstein L, Rosen Y, Orces H, Alfonso AE, Iyer SK et al. Tumors of the small intestine. Curr Probl Surg 1980; 17: 121.
2. Wilson JM, Melvin DB, Gray GF and Thorbjarnarson B. Primary malignancies of the small bowel: a report of 96 cases and review of the literature. Ann Surg 1974; 180: 175.
3. Ellis DJ. Small bowel carcinomas. En: Fielding JWL, Priestman TJ, editores. Gastrointestinal Oncology. Filadelfia: Lea & Febiger, 1986; 196.
4. Castro Gutiérrez J, Estol Pérez N, Verge Schulte-Eversum J. Leiomiosarcomas gastrointestinales. Cir Esp 1994; 55: 25-28.
5. Blanchard DK, Budde JM, Hatch GF, Wertheimer-Hatch L, Hatch KF, Davis GB et al. Tumors of the small intestine. Wld J Surg 2000; 24: 421-429.
6. Chiotasso PJP, Fazio VW. Prognostic factors of 28 leiomyosarcomas of the small intestine. Surg Gynecol Obstet 1982; 155: 197.
7. Fernández-Trigo V, Sugarbaker PH. Sarcomas involving the abdominal and pelvic cavity. Tumori 1993; 79: 77.
8. Pratt BL, Greene FL. Role of laparoscopy in the staging of malignant disease. Surg Clin North Am 2000; 80: 1111-1126.
9. Licht JD, Weissman LB, Antman K. Gastrointestinal sarcomas. Semin Oncol 1988; 15: 181-186.
10. Anderson DJ. Carcinoid tumor in Meckel's diverticulum: laparoscopic treatment and review of the literature. J Am Osteopath Assoc 2000; 100: 432-434.
11. Kok KY, Mathew VV, Yapp SK. Laparoscopic-assisted small bowel resection for a bleeding leiomyoma. Surg Endosc 1998; 12: 995-996.
12. Ehrmantraut W, Sardi A. Laparoscopy-assisted small bowel resec-

tion. Am Surg 1997; 63: 996-1001.