

Presentación de un caso de leiomioma en la consulta de atención primaria

Sr. Director: La presentación de vómitos, diarreas y dolor cólico periumbilical orientan hacia el diagnóstico de gastroenteritis (GE) aguda vírica o de intoxicación alimentaria. La mayoría de las veces son cuadros leves y autolimitados, que no requieren tratamiento farmacológico ni tampoco determinar el diagnóstico etiológico. Sin embargo, debemos estar alerta y no dejar pasar aquellos casos con signos o síntomas de gravedad o que no se resuelvan en el plazo de 5 a 7 días.

Presentamos un caso de leiomioma que se inició con síntomas banales de GE aguda, pero que posteriormente evolucionó a un cuadro orgánico grave que precisó tratamiento quirúrgico urgente.

Se trataba de un varón de 32 años que acudió a consulta por presentar vómitos y diarrea acuosa (3 a 4 deposiciones al día) de 4 o 5 días de evolución, con fiebre de 38,5 °C los primeros días, sin otra sintomatología añadida, excepto dolor cólico periumbilical moderado, con abdomen blando y depresible. Entre los antecedentes personales destacaban alergia a AINE y polen. No refería alergia a antibióticos.

Tras la mejoría del cuadro de vómitos y diarrea, comenzó con fiebre de 40 °C y dolor periumbilical, por lo que acudió al hospital. En el momento del ingreso presentaba en la exploración física discreta distensión y signos de irritación peritoneal. Entre las exploraciones complementarias cabe destacar: la radiografía de tórax: sin alteraciones significativas; radiografía de abdomen: niveles hidroaéreos en asas de intestino delgado; analítica: 19.900 leucocitos con desviación a la izquierda (92,2% neutrófilos).

Con el diagnóstico de abdomen agudo, se procedió a efectuar laparotomía encontrando una tumoración quística que afectaba al borde antimesentérico del íleon distal, de unos 10 cm de diámetro, con epiplón adherido a ella. Se realizó estudio anatomopatológico que informó de que se trataba de una neoplasia estromal de intestino delgado (*gastrointestinal stromal tumor, GIST*). Entre los criterios pronósticos y que determinaban la agresividad tumoral destacaban la presencia de áreas de necrosis y el tamaño tumoral (10 cm). Por el contrario, como criterios de buena evolución carecía de un número significativo de mitosis y atipia celular. Por tanto, se encuadraba dentro del grupo *borderline* de los tumores con diferenciación muscular lisa, compatible con leiomioma.

En este paciente el proceso no siguió un curso autolimitado, sino que evolucionó con fiebre y dolor abdominal, remitiendo la diarrea. Ésta es difícil de explicar fisiopatoló-

gicamente en esta situación, pero es un síntoma descrito al menos en casos de obstrucción del intestino grueso. La evolución en el tiempo (persistencia de dolor y reaparición de la fiebre tras 7-8 días del inicio) es la que ha planteado la posibilidad de un cuadro distinto del de una gastroenteritis.

En general, el diagnóstico de los tumores benignos del intestino delgado (ID) es de difícil predicción basándose sólo en los datos clínicos y radiológicos. La sintomatología de estos tumores es inespecífica, con dolor, obstrucción y hemorragia como manifestaciones más frecuentes. Estos tipos de tumores suelen descubrirse durante la quinta o sexta décadas de la vida, y son más frecuentes en las partes distales del tracto gastrointestinal que en las proximales.

El leiomioma es uno de los más comunes, junto con los adenomas, lipomas y angiomas. Los leiomiomas son neoplasias que se originan en el músculo liso del ID. Son normalmente intramurales y afectan a la mucosa suprayacente¹. Son las neoplasias benignas más frecuentes del ID, y la mayoría cursan de forma silente y se detectan accidentalmente durante la cirugía o autopsia. Sin embargo, algunas lesiones pueden presentarse con signos y síntomas importantes que incluso pueden llegar a comprometer la vida del paciente².

Los tumores estromales gastrointestinales se clasifican, desde el punto de vista inmunohistoquímico, en benignos histológicamente (< 2 mitosis), *borderline* (3-5 mitosis) y malignos (> 5 mitosis)³.

Los síntomas y signos más frecuentes de los tumores del músculo liso del tracto ID son: hemorragia gastrointestinal (44%), masa abdominal (35%) y dolor abdominal (21%)⁴. En el ID la hemorragia es el problema clínico más frecuente y ocasionalmente puede comprometer la vida del paciente, por lo que requiere transfusión de sangre². Las manifestaciones compresivas sobre órganos vecinos sólo acontecen cuando en su crecimiento han alcanzado un tamaño excesivo, lo cual es raro.

La exploración radiológica con bario demuestra una imagen típica en laguna cerrada, o de defecto de repleción, de bordes lisos y regulares⁵. En el estómago es frecuente la presencia de lesiones polipoideas, objetivables endoscópicamente, cubiertas por mucosa gástrica de aspecto normal; son a menudo tumores intra o extramucosos como leiomiomas o restos de tejido pancreático. Estas lesiones deben ser evaluadas por ecografía endoscópica, técnica que combina el diagnóstico por ultrasonidos con la endoscopia^{6,7}. Siempre que sea posible se deben extirpar en su totalidad para, posteriormente, hacer el estudio histológico.

La tomografía computarizada (TC) puede revelar un notable engrosamiento de la pared del tracto gastrointestinal. Las imágenes de la TC con características de malignidad

incluyen gran tamaño (> 5 cm), contorno lobulado, ulceración, realce heterogéneo, linfadenopatías regionales, infiltración de grasa mesentérica y patrón de crecimiento exofítico. Sin embargo, la localización no es significativa para diferenciar benignidad de malignidad. La TC resulta una técnica útil para el diagnóstico diferencial entre leiomioma y leiomiosarcoma en el tracto gastrointestinal^{7,8}. En relación con su pronóstico, estos tumores se clasifican en leiomioma, leiomiosarcoma de bajo grado y leiomiosarcoma de alto grado, de acuerdo con la atipia celular y el índice mitótico. Los leiomiosarcomas normalmente miden más de 10 cm. Los factores que afectan al índice de supervivencia en pacientes con leiomiosarcomas son: ser varón, tamaño mayor de 5 cm, resección incompleta, estadio avanzado y alto grado de enfermedad⁴.

El tratamiento es siempre quirúrgico aunque, si la imagen radiológica o endoscópica es típica de benignidad y el paciente es de edad avanzada o con alto riesgo operativo, puede optarse por la observación. En alguna localización del ID puede realizarse embolización arterial del área sanguínea, posterior identificación y terapéutica laparoscópica².

En este caso de leiomioma localizado en el íleon terminal que acabamos de exponer, la presentación fue en forma de dolor abdominal, diarrea y vómitos. En nuestra consulta se atienden con frecuencia procesos que habitualmente tienen orientación sindrómica clara y limitada en el tiempo, siendo fundamental detectar la presencia de otras manifestaciones sistémicas sobrañadidas o nuevas sintomatologías, para lo que se debe realizar una búsqueda más exhaustiva a fin de llegar a una sospecha clínica y, con la ayuda de medios diagnósticos complementarios, a un diagnóstico etiológico.

Hay varios aspectos que llaman la atención: la importancia que tiene la realización de una cuidadosa anamnesis, la interrelación con el paciente y la estrecha colaboración con el especialista, que hacen que en muchos de los casos el diagnóstico sea mucho más temprano.

A. DEL CASTILLO ESCOBAR, C. GONZÁLEZ SÁNCHEZ,
M.P. SANZ CARABAÑA Y S. ÁLVAREZ MONTERO

Centro de Salud de Torrelodones. Área 6 de Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

- Mayer RJ. Gastrointestinal tract cancer. En: Harrison's principles of internal medicine (14.^a ed.). McGraw-Hill, 1998.
- Beajow M, Singh HK, Wiese DA, Pandyan JR. Bleeding jejunal leiomyoma: a new approach. Am J Gastroenterol 1995; 90: 131-133.
- Miettinen M, Virolainen M, Maarit-Sarlomo-Rikala. Gastrointestinal stromal tumors-value of CD34 antigen in their identification and separation from true leiomyomas and schwannomas. Am J Surg Pathol 1995; 19: 207-216.
- Chou FF, Eng HL, Sheen-Chen SM. Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract: analysis of prognostic factors. Surgery 1996; 119: 171-177.
- Levine MS, Buck JL, Pantongrag-Browne L, Buetow PC, Lowry MA, Sabin LH. Esophageal leiomyomatosis. Radiology 1996; 199: 533-536.
- Silverstein FE. Gastrointestinal endoscopy. En: Harrison's principles of internal medicine (14.^a ed.). MacGraw-Hill, 1998.
- Cox MA, Cooper BT, Sagar G. Endoscopy and computed tomography in the diagnosis and follow up of esophageal leiomyoma. Gut 1995; 37: 288-291.
- Chun HJ, Byun JY, Chun KA, Rha SE, Lee JM, Shinn KS. Gastrointestinal leiomyoma and leiomyosarcoma: CT differentiation. J Comput Assist Tomogr 1998; 22: 69-74.

Hormonoterapia con tamoxifeno y el médico de familia

Sr. Director: En el ámbito diario de nuestra consulta se nos solicita consejo sobre los más variados temas de salud, desde pequeños detalles hasta asuntos de mucho mayor calado. En una de estas últimas situaciones nos encontramos cuando acudió a nuestra consulta una paciente de 32 años que había sido sometida a mastectomía radical con vaciado axilar por un carcinoma ductal infiltrante T3N1, con receptores hormonales positivos tanto para estrógenos como para progestágenos y sin diseminación metastásica. La paciente había recibido ya tandas de radioterapia y quimioterapia, y llegados a este punto en su escalada terapéutica se le había propuesto tratamiento con tamoxifeno. La paciente acudió a nuestra consulta para solicitar consejo acerca de la conveniencia de someterse a esa terapia y de sus posibles riesgos. Una cuestión así, del ámbito de la atención especializada, pone a prueba la amplitud de nuestros conocimientos así como su actualización; máxime en un tema nada baladí como era este. Tras emplazar a la paciente para una nueva visita nos dispusimos a revisar la mayor información posible al respecto.

El tamoxifeno es un agente antineoplásico hormonal, un modulador selectivo de receptores estrogénicos (SERM es el acrónimo inglés) de efecto antagonista sobre el tejido mamario y efecto agonista sobre los tejidos óseo y uterino. Aparte de su efecto sobre la mama, el tamoxifeno parece tener efectos positivos, como disminuir la incidencia de enfermedad cardíaca y favorecer la preservación de la densidad mineral ósea en mujeres posmenopáusicas. Los efectos negativos son el aumento del riesgo de cáncer de endometrio y de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar; también se le asocia con un aumento de la incidencia de quistes benignos de ovario y, aunque en algunos estudios se apunta malignidad gastrointestinal, no se ha confirmado. Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, el uso del tamoxifeno se restringe a terapia coadyuvante posquirúrgica del cáncer de mama en mujeres con receptores hormonales positivos. El Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group llevó a cabo en 1998 una revisión de 55 ensayos aleatorios de todo el mundo con 37.000 mujeres tratadas con tamoxifeno y seguidas durante 5 años o más; de éstas, 8.000 fueron excluidas al tener receptores estrogénicos negativos. Los resultados con