



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

CASO CLÍNICO/CASE REPORT

Leiomioma anal: reporte de un caso

Anal leiomyoma: a case report

Alejandro Zárate, MD^{a, b}✉; María Trinidad Triat, MD^a.

^a Departamento de Cirugía. Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.

^b Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Adultos, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 27 10 2024

Aceptado: 03 02 2025

Keywords:

Leiomyoma; Perianal;
Anorrectal; Surgery;
Case Report.

Palabras clave:

Leiomioma; Perianal;
Anorrectal; Cirugía;
Caso Clínico.

RESUMEN

Objetivo: Presentar las características clínicas, estudio diagnóstico y tratamiento de una paciente con una masa anorrectal, con diagnóstico final de leiomioma.

Caso clínico: Paciente femenina de 43 años, consulta por 3 meses de malestar y aumento de volumen perianal no asociado a sangrado que fue tratado de forma primaria como enfermedad hemorroidal externa. Al examen por especialista destaca en la zona perianal lateral derecha una masa de 3 x 3 x 3 cm, de mayor consistencia y sin signos inflamatorios. La resonancia evidencia una tumoración sólida adyacente a la zona externa del esfínter anal externo. La colonoscopia no evidencia lesiones intraluminales. Cirugía: incisión perianal lateral derecha, con disección y resección completa de la masa. Alta al día siguiente.

Resultados: Anatomía patológica: Tumor bien delimitado formado por células fusadas de núcleos ovalados a elongados, de bordes romo y escasa cantidad de citoplasma eosinófilos, dispuestas en fascículos desordenadas entrecruzadas en un estroma fibroso. Estudio histoquímico, desmina: positivo, DOG1: negativo, S100: negativo; confirmando diagnóstico de leiomioma. En el seguimiento a 2 años, no se observa recurrencia clínica ni radiológica.

Conclusión: Este caso evidencia la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales en pacientes con aumentos de volumen anal que no respondan a tratamiento clásico.

ABSTRACT

Objective: To present the clinical characteristics, diagnostic study and treatment of a patient with a perianal mass, ultimately diagnosed as a leiomyoma.

Clinical case: 43-year-old female patient, who consulted because of discomfort and a non-bleeding perianal mass found 3 months prior that had been treated as inflamed hemorrhoids. Upon examination

✉ Autor para correspondencia
Correo electrónico: azarate@uft.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2025.02.001>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2025 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



by a specialist, a nodule measuring 3 x 3 x 3 cm, with semi-solid consistency and no inflammatory signs, stands out in the right lateral perianal area. The MRI shows a solid tumor adjacent to the external anal sphincter. The colonoscopy did not reveal intraluminal lesions. Surgical procedure: right lateral perianal incision, surrounding and completely resecting the tumor. The patient was discharged the next day.

Results: Pathological report: Well-defined tumor composed by fused cells with oval-elongated nuclei, blunt edges and small amount of eosinophilic cytoplasm, arranged as disorganized fascicles intertwined in a fibrous stroma. Histochemical study: desmin: positive, DOG1: negative, S100: negative; confirming the diagnosis of this leiomyoma. After a 2-year follow-up, no clinical or radiological recurrence is observed.

Conclusion: This case displays the need to consider differential diagnoses in patients with a perianal mass that do not respond to classic treatment.

INTRODUCCIÓN

Los aumentos de volumen de la zona anorrectal en general son debidos a causas como patología hemorroidal o cuadros de abscesos anorrectales^{1,2}. No obstante, en cuadros de aumento de volumen progresivos de semanas o meses hay que considerar otros diagnósticos diferenciales como los tumores³. Entre los tumores benignos se encuentran los leiomiomas, que son tumores cuya estirpe deriva de células mesenquimáticas. Están compuestos por haces desordenados de músculo liso, revestidos por tejido conectivo sano. Se localizan con mayor frecuencia en zonas con gran concentración de fibras musculares lisas, principalmente el útero, ocasionalmente se desarrollan en el tracto digestivo y partes blandas, y, de manera excepcional, se documentan casos en región anorrectal^{4,5}.

La presentación clínica de un leiomioma perianal habitualmente se caracteriza por la presencia de un aumento de volumen, solitario, de consistencia aumentada respecto del tejido circundante, sin fluctuación a la palpación e indoloro. Dependiendo de su tamaño y ubicación puede ser asintomático o asociarse a dolor local, tenesmo y/o rectorragia⁴. Asimismo, cabe destacar la naturaleza no metastásica de esta lesión y su lenta velocidad de crecimiento, haciendo que su sospecha sea más bien tardía o se presente como hallazgo incidental.

Es importante estudiar la lesión para poder determinar con mayor precisión el diagnóstico, siendo la resonancia magnética de pelvis⁶ el estudio radiológico de elección dado que permite evaluar dirigidamente la ubicación de la lesión y su relación con el aparato esfinteriano⁷. Lo anterior presenta especial relevancia al planificar el abordaje quirúrgico, cuyo paso crítico considera mantener la indemnidad esfinteriana anal.

Al ser una lesión infrecuente, el primer desafío es poder sospecharlo y plantear la hipótesis diagnóstica de leiomioma perianal frente a otros posibles diagnósticos diferenciales más prevalentes o de manejo más urgente, por ejemplo, hemorroides complicados o abscesos anorrectales.

Este reporte tiene como objetivo revisar las características clínicas, proceso diagnóstico y alternativas terapéuticas del leiomioma perianal.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 43 años, con antecedente de hipertensión arterial, sin antecedentes quirúrgicos. Consultó en atención ambulatoria de coloproctología por un cuadro de 3 meses de evolución, caracterizado por un aumento de volumen en zona perianal, de crecimiento progresivo, asociado a una molestia perianal fluctuante. No refiere dolor intenso, sangrado ni secreción anorrectal. El cuadro fue tratado inicialmente en medicina general como una enfermedad hemorroidal externa.

Al examen físico por especialista, en la zona perianal destacó un aumento de volumen de 3 x 3 x 3 cm en la zona lateral derecha, sin signos inflamatorios asociados, con piel circundante conservada. No se observan orificios fistulosos a la palpación, con un tumor de consistencia sólida, no fluctuante. Al tacto rectal se evidenció una tonicidad esfinteriana conservada, con un aumento de volumen hacia la pared lateral derecha.

Se estudió a la paciente con colonoscopia, en la que destaca: preparación intestinal adecuada (9 puntos de la escala de Boston), y llegada al ciego. Se informa de presencia de diverticulosis de colon sigmoides y mucosa rectal sin alteraciones. En el estudio por resonancia de pelvis, destacó una lesión sólida perianal derecha en contacto con el esfínter anal externo, sin signos de invasión al mismo (figura 1).

Se decidió tratamiento quirúrgico. En la cirugía se realizó una incisión arciforme lateral derecha de 2,5 cm, hasta alcanzar la lesión que se encuentra externa al esfínter anal externo. Se disecó por planos logrando la resección de la totalidad de la masa, de 3 x 3 x 3 cm aproximadamente (figura 2). No se comprometieron las fibras del esfínter anal externo. Lavado, hemostasia y

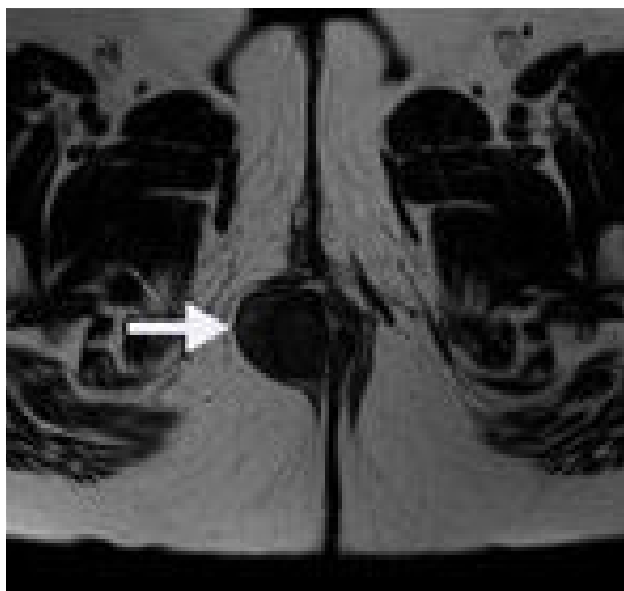


Figura 1. Resonancia magnética nuclear de pelvis que muestra una lesión compatible con leiomioma anal extraesfinteriano.

cierre de la herida por planos con puntos separados. Se da el alta al día siguiente de la cirugía, sin eventos adversos.

En el estudio anatomopatológico se reportó: tumor bien delimitado, formado por células fusadas de núcleos ovalados a elongados, cromatina irregular, de bordes romos y escasa cantidad de citoplasma eosinófilo, dispuestas en fascículos desordenados entrecruzados en un estroma fibroso. Se observaron algunos vasos sanguíneos de paredes delgadas rodeados de leve infiltrado linfocitario. No se observaron figuras mitóticas ni áreas de necrosis. El estudio histoquímico mostró los marcadores desmina positivo, DOG1 negativo y S100 negativo.

El diagnóstico final fue leiomioma. En el seguimiento a 2 años, no se observa recurrencia clínica ni radiológica.

DISCUSIÓN

El leiomioma perianal es una neoplasia benigna poco común originada específicamente en el tejido muscular liso perianal⁴. Aunque los leiomiomas pueden ser frecuentes en algunos órganos, como el útero, su presencia en la región perianal es excepcional. Representa un desafío diagnóstico debido a su rara incidencia y similitud clínica parcial con otras patologías perianales, como hemorroides o abscesos.

La importancia de estudiar un aumento de volumen perianal radica en su diagnóstico diferencial, tratamiento y pronóstico. El reconocimiento temprano y diagnóstico preciso son cruciales



Figura 2. Pieza quirúrgica, post resección.

Se observa la totalidad de la masa tumoral de aproximadamente 3 x 3 x 3 cm.

para planificar adecuadamente el tratamiento. En ese sentido, se deben diferenciar precozmente las urgencias proctológicas como abscesos perianales, que requieren ser identificados y drenados a la brevedad para evitar complicaciones potencialmente severas.

En nuestro caso, se presenta una paciente con una masa palpable perianal asociada a molestias inespecíficas locales. Tras el primer enfrentamiento con una anamnesis y examen físico completo, se desestima una urgencia proctológica y se procede a solicitar un estudio de la lesión mediante colonoscopia y resonancia de pelvis. Lo anterior, para evidenciar un posible compromiso de la pared rectal, y mediante resonancia poder definir la ubicación precisa de la lesión, así como su relación con el aparato esfinteriano.

Para el diagnóstico de un leiomioma y el descarte definitivo de otras neoplasias se requiere un estudio histopatológico. Específicamente, para el descarte de tumores con potencial maligno como el leiomiosarcoma o tumores estromales gastrointestinales (GIST) que pueden ser indistinguibles en la resonancia magnética⁶.

Clásicamente, los leiomiomas se describen macroscópicamente como un nódulo sólido, bien delimitado, color blanco-nacarado, blanco grisáceo o rojizo al corte, de consistencia elástica debido a su composición de músculo liso y colágeno⁴. Histológicamente se observan haces entrelazados desordenados de fibras musculares lisas, con abundante citoplasma eosinófilo, sin atipia ni necrosis, con escasa actividad mitótica (< 1 mitosis/ 50 campos de alta

potencia)^{5,7}. Desde esta perspectiva, ambas descripciones, tanto macroscópica como histológica, se condicen con los hallazgos de la muestra presentada.

Aparte de las características morfológicas, se hace necesario el estudio histoquímico para el diagnóstico final. En este caso se solicitó DOG1, un marcador específico y sensible para el diagnóstico de tumores del estroma gastrointestinal (GISTs)⁸, que resultó negativa; proteína S100, encontrada en melanomas y neoplasias del sistema nervioso, que también resultó negativa; y desmina, una proteína del citoesqueleto de células musculares⁵, que al encontrarse positiva confirmó el diagnóstico de leiomioma.

La resección completa de la lesión es la técnica de elección para la obtención de la muestra sujeta a estudio, además de ser tratamiento curativo para el leiomioma. De este modo, es importante que la exéresis sea total, ya que la resección incompleta y las lesiones mayores de 5 cm se asocian a recurrencia local, documentado en un 40% de los casos, y 10% en forma de leiomiomasarcoma⁹.

Para la resección quirúrgica de los leiomiomas extrarrectales, como el aquí presentado, se recomienda el abordaje pararectal. En contraste con los que cursan con compromiso intrarrectal donde se privilegia la vía transanal^{4,10}.

Finalmente, cabe destacar que el tratamiento quirúrgico de la lesión puede considerarse exitoso debido a que se logró reseccionar completamente, sin disrupción del aparato esfinteriano y por lo tanto, sin complicaciones –como incontinencia– para la paciente. Además, en el seguimiento posterior a dos años no existe recurrencia.

En conclusión, este caso clínico destaca la importancia de considerar el leiomioma en el diagnóstico diferencial de masas perianales, así como la necesidad de una evaluación clínica completa y con exámenes de apoyo para un diagnóstico preciso. El tratamiento de elección de un leiomioma anal es la resección quirúrgica completa, que no sólo es curativa, sino también fundamental para prevenir recurrencias y minimizar el riesgo de transformación maligna. El diagnóstico definitivo se confirma mediante análisis histopatológicos y estudios inmunohistoquímicos.

Consideraciones éticas:

Este artículo se ha elaborado contando con el consentimiento informado de la paciente tanto para la publicación de sus datos clínicos como de imágenes.

Declaración de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cerdán-Santacruz C, Cerdán-Miguel J. Hemorroides: ni todas son iguales... ni requieren el mismo tratamiento [Hemorrhoids: They are not all the same, nor do they require the same treatment]. *Aten Primaria*. 2024;56(12):103042. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2024.103042.
2. Wang JJ, Boonpongmanee I, Ailabouni LD. Incision and Drainage: Perianal Abscess. *Dis Colon Rectum*. 2024;67(4):e246-e247. doi: 10.1097/DCR.0000000000002949.
3. Zarate AJ, Alonso FT, Garmendia ML, López-Köstner F. Increasing crude and adjusted mortality rates for colorectal cancer in a developing South American country. *Colorectal Dis*. 2013;15(1):47-51. doi: 10.1111/j.1463-1318.2012.03110.x.
4. Uzcátegui YC, Rodríguez AA, Flores LR, Colina RE, Arcos H, Ruiz G, et al. Leiomioma perianal. Reporte de un caso. *Avan Biomed*. 2014;3(2):93-97.
5. Canda AE, Sarioglu S, Sokmen S. Anal leiomyoma. *Surgery*. 2010;148(1):160-161. doi: 10.1016/j.surg.2009.02.009.
6. Von-Waagner W, Liu H, Picon AI. Giant perineal leiomyoma: a case report and review of the literature. *Case Rep Surg*. 2014;2014:629672. doi: 10.1155/2014/629672.
7. Dasari BV, Khosravi K, Irwin TS, Scott M. Perianal leiomyoma involving the anal sphincter. *Ulster Med J*. 2007 Sep;76(3):173-174.
8. Parab TM, DeRogatis MJ, Boaz AM, Grasso SA, Issack PS, Duarte DA, et al. Gastrointestinal stromal tumors: a comprehensive review. *J Gastrointest Oncol*. 2019;10(1):144-154. doi: 10.21037/jgo.2018.08.20.
9. García-Santos EP, Ruescas-García FJ, Estaire-Gómez M, Martín-Fernández J, González-López L. Leiomioma anorrectal. Presentación de un caso y revisión de la literatura [Anorectal leiomyoma: a case report and literature review]. *Rev Gastroenterol Mex*. 2014;79(1):58-60. Spanish. doi: 10.1016/j.rgmx.2013.05.002.
10. Lombana LJ, Domínguez LC, Bermúdez C. Leiomioma extrarrectal gigante en una mujer con embarazo de 22 semanas. [Giant extrarectal leiomyoma in a woman with pregnancy of 22 weeks]. *Rev Col Gastroenterol*. 2007;22(2):131-135.