



CARTA CIENTÍFICA

Leiomioma de colon. Una entidad muy infrecuente con mal pronóstico[☆]



Leiomyosarcoma of the colon. A very uncommon condition with poor prognosis

Los tumores mesenquimales gastrointestinales son tumores infrecuentes, mayoritariamente tumores del estroma gastrointestinal (GIST)^{1,2}, siendo más raros los tumores de músculo liso (leiomiomas y leiomiomasarcomas) y schwannomas. A nivel del colon son más frecuentes los leiomiomas y los lipomas submucosos, siendo raro el diagnóstico de GIST, y aún más raro el de leiomiomasarcoma (< 1% de los casos²). Su incidencia es 1:100.000 habitantes y supone un 0,12% de las neoplasias de colon. El leiomiomasarcoma de colon es un tumor agresivo asociado a un mal pronóstico³.

Presentamos el caso de un varón de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial, EPOC, dislipemia y apendicectomía. A raíz del estudio por estreñimiento de un año de evolución se realiza una colonoscopia completa en la que se aprecia una lesión polipoidea en colon transversal, a 80 cm del margen anal, cuyo diagnóstico anatomopatológico es de leiomiomasarcoma. El estudio de extensión mediante tomografía computarizada (TC) tóraco-abdominopélvica resulta negativo para lesiones a distancia. Se describe también una pequeña adenopatía de 11 mm local regional. Ante estos hallazgos se realiza una colectomía subtotal laparoscópica con anastomosis íleo-sigmoidea.

El estudio anatomopatológico definitivo describe una lesión polipoide y ulcerada, estenosante de la luz, de 4,5 × 4 × 4 cm, con ausencia de necrosis e índice de mitosis de 12 por cada 10 campos, correspondiente con un pT1N0M0 con grado histológico G2.

Los leiomiomasarcomas de colon son tumores agresivos, con alta tasa de recidiva local, y de diseminación fundamentalmente hematológica, asociados a mal pronóstico.

A diferencia del GIST, el leiomiomasarcoma ocurre preferentemente en el intestino delgado (45%) y en el grueso (38%), siendo rara la localización gástrica o esofágica³. También puede presentarse en el recto. Afecta con mayor frecuencia en varones entre la 6.^a y 7.^a décadas de la vida^{4,5}.

Morfológicamente pueden resultar indistinguibles de un GIST, siendo necesaria la inmunohistoquímica para su diag-

nóstico. Este hecho explica que muchos de los tumores mesenquimales en la era pre-GIST, fueran diagnosticados como leiomiomasarcomas⁴.

Suelen presentarse como pólipos submucosos o nódulos intramurales, que surgen de la *muscularis mucosae* o de la muscular propia, siendo frecuente la ulceración y la necrosis³. Característicamente presentan positividad para marcadores musculares como desmina y actina de músculo liso, a menudo calponina y h-Caldesmon, siendo negativos para los marcadores de GIST (c-kit, CD34 y Dog-1)². Es fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial entre ambas entidades puesto que el pronóstico es radicalmente opuesto.

El tratamiento es la cirugía con exéresis completa y márgenes adecuados, a pesar de lo cual muchos recurren^{3,5}. El papel de la linfadenectomía es controvertido, sin embargo, las guías recomiendan realizar intervenciones de tipo oncológico convencional con escisión completa del mesocolon tal y como se procede ante el adenocarcinoma de tipo intestinal a este nivel^{3,5}.

En cuanto al tratamiento adyuvante, suelen ser insensibles a la quimioterapia, no responden a imatinib, y la eficacia del sunitinib es muy limitada³. La adyuvancia con antraciclinas se considera el tratamiento de primera línea en pacientes con tumores de gran tamaño y de alto grado tumoral^{4,5}. La eficacia de la radioterapia también es controvertida, aunque se ha sugerido que en adyuvancia puede reducir la recurrencia local en los sarcomas de localización rectal. Dada esta baja sensibilidad a la adyuvancia, ante las recurrencias locales y/o metástasis, el tratamiento recomendado es el rescate quirúrgico².

En cuanto al seguimiento, se recomienda TC tóraco-abdominal cada 3/4 meses en los 2 primeros años, 2 veces al año hasta los 5 años y una vez al año pasados los 5 primeros años para tumores de grado histológico intermedio o alto. Para los de bajo grado se recomienda TC tóraco-abdominal cada 4 a 6 meses en los 5 primeros años y después control anual⁵.

La localización más frecuente de las metástasis suele ser el hígado y el peritoneo, seguido del pulmón³. Dado que la diseminación linfática es excepcional, el dato pronóstico más importante es el tamaño ≥ 5 cm, siendo el índice mitótico carente de valor pronóstico.

La supervivencia global a los 5 años tras la cirugía radical es del 51,6%^{3,4}. La principal causa de muerte es secundaria a las metástasis hepáticas y pulmonares, habiéndose identificado como factores de mal pronóstico la edad superior a 40 años, la presencia de necrosis tumoral, la enfermedad a distancia y el tamaño del tumor.

[☆] Este manuscrito fue presentado en la XXIII Reunión Nacional de la Fundación Asociación Española de Coloproctología, celebrada en Valladolid del 16 al 18 de mayo de 2019.

Financiación

No se han recibido apoyos en forma de becas para la realización de este artículo.

Bibliografía

1. Kono M, Tsuji N, Ozaki N, Matsumoto N, Takaba T, Okumura N, et al. Primary leiomyosarcoma of the colon. *Clin J Gastroenterol*. 2015;8:217–22.
2. Kiran P, Shiny PM, Dhanya KS, Aravindan KP. Diagnosis of leiomyosarcoma of colon. *J Cancer Res Ther*. 2015;11:1035.
3. Devriendt S, Leman G, Vanrykel F. Primary leiomyosarcoma of the colon: A case report and review of the literature. *Acta Chir Belg*. 2019;18:1–4.
4. Hill MA, Mera R, Levine EA. Leiomyosarcoma: a 45 year review at Charity Hospital, New Orleans. *Am Surg*. 1998;64:53–60.
5. Casali PG, Abecassis N, Aro HT, Bauer S, Biagini R, Bielack S, et al., ESMO Guidelines Committee and EURACAN. Soft tissue and

visceral sarcomas: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2018;29 Suppl 4:iv268–9.

Mireia Merichal Resina^{a,*}, Carlos Cerdan Santacruz^b, Enrique Sierra Grañón^b, Jordi Antoni Tarragona Foradada^c y Jorge Juan Olsina Kissler^a

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

^b Unidad de Coloproctología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mireiamerichal@gmail.com (M. Merichal Resina).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.11.002>

0210-5705/ © 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Esófago negro (necrosis aguda esofágica)



Black oesophagus (acute oesophageal necrosis)

Presentamos el caso de una paciente mujer de 85 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y tromboembolismo pulmonar, que presenta dolor epigástrico de 3 días de evolución asociado a náuseas

y vómitos. Se realiza una analítica, destacando elevación de reactantes de fase aguda, así como una radiografía simple y una TC abdominal, donde se evidencia dilatación gástrica y signos sugestivos de pancreatitis crónica. Se decide ampliar el estudio realizando una gastroscopia, con el hallazgo de una superficie esofágica con decoloración negruzca desde esófago proximal (fig. 1A), que no desprende con el lavado, sugestiva de proceso necrótico, asociada a ulceraciones longitudinales y con cambio brusco en la transición esófago-gástrica (figs. 1B y C), sin evidenciar lesiones a nivel del

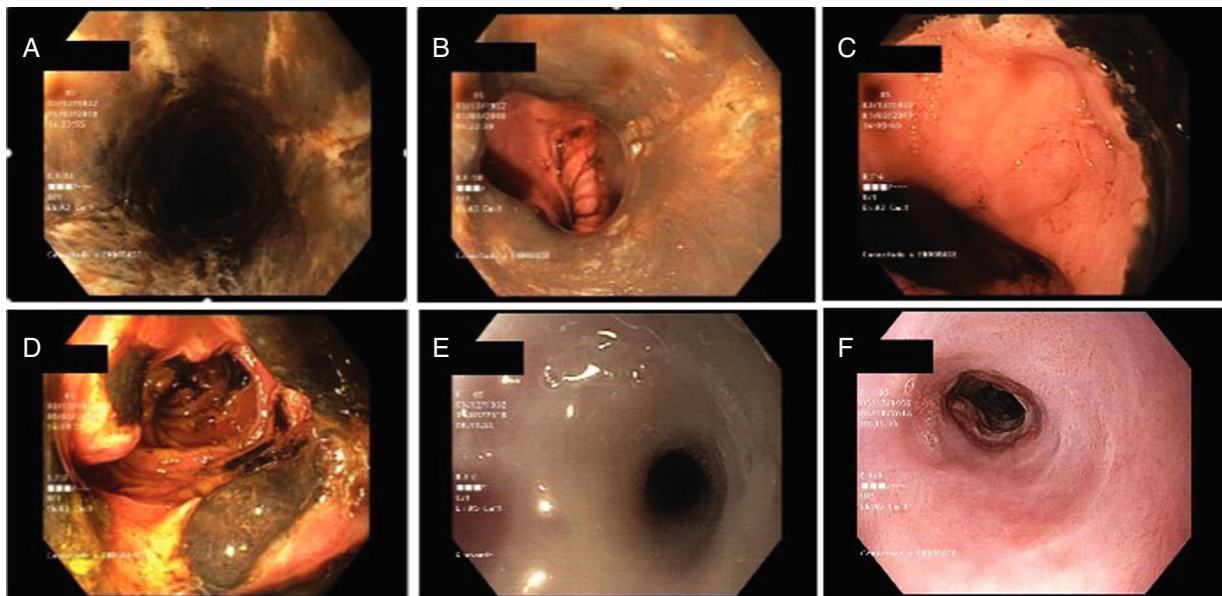


Figura 1 Hallazgos endoscópicos. A) Mucosa de esófago medio con decoloración negruzca y ulceraciones longitudinales. B y C) Stop abrupto a nivel de unión esófago-gástrica. D) Necrosis de segunda porción duodenal. E) Estenosis esofágica infranqueable evidenciada en gastroscopia de control. F) Evolución de estenosis esofágica tras varias sesiones de dilatación endoscópica.