

LEIOMIOMA PARARECTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

RAFAEL A. GONZÁLEZ O, JHONATAN R. RODRÍGUEZ R, YIHAD KHALEK M, DOMINGO VILLANI, KATHERYNE KOURY, CARMEN SALAS

SERVICIO DE MELANOMA, SARCOMAS Y TUMORES DE PARTES BLANDAS DEL SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO DEL INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES

RESUMEN

OBJETIVO: Los leiomiomas rectales son lesiones muy infrecuentes. Se estima la existencia de 1 leiomioma por cada 2 000 tumores rectales. El 50 % de las lesiones aparecen a nivel intra-luminal en el recto, el 30 % extra-rectales, el 10 % extra e intra-luminales y el 10 % restante intramurales. El tratamiento es quirúrgico. **CASO CLÍNICO:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 59 años de edad, quien presenta alteración del patrón evacuatorio y proctalgia. Se solicitan estudios de imágenes con evidencia de tumor pélvico, localización en el espacio recto-vesical. Se le practica biopsia transrectal con reporte de liposarcoma, por lo que se decide llevar a mesa operatoria donde se evidencia lesión pélvica que involucra recto superior de forma circunferencial por lo que se realiza resección anterior de recto + coloproctoanastomosis. Reporte histopatológico definitivo lo concluye como leiomioma. **CONCLUSIÓN:** Los leiomiomas para-rectales son neoplasias de muy baja incidencia, y mayor aún su presentación en recto. El tratamiento de elección es quirúrgico, con tasas de recidiva alrededor del 40 %, y cuándo éstas se presentan en forma de leiomiosarcoma, de ahí la importancia de resección R0 y correcto seguimiento.

PALABRAS CLAVE: Leiomioma, para-rectal, tumor, pélvico, cirugía

SUMMARY

OBJECTIVE: The para rectal leiomyomas are rare tumors. It is been estimated of 1 leiomyoma per 2 000 rectal tumors. In 50 % of these cases occurs inside of the rectum, 30 % outside of the rectum, 10 % both, inside and outside, and 10 % within the rectum wall. The preferential treatment is surgical. **CASE REPORT:** We view a 59 years old male patient, with bow movements alteration and pelvic pain. The radiological studies practice to him show a pelvic tumor between the rectum and the urinary bladder. The transrectal biopsy reports a liposarcoma, and we program to him a surgical intervention, the surgery results showing: A pelvic tumor that involves the superior rectum and the anterior rectal in circumferential form for this reason we realized resection + coloprocto anastomosis. The definitive biopsy concludes as a leiomyoma. **CONCLUSION:** The para rectal leiomyomas are rare benign tumors, with even lower rectal location. The surgical treatment is the gold standard, and has a 40 % of recurrence, and when its presents is in a leiomiosarcoma form, that's it is why is important to achieve R0 resection for a proper follow up.

KEY WORDS: Para-rectal, leiomyoma, pelvic, tumor, surgery.

Recibido: 17/12/2016 Revisado: 08/02/2017

Aceptado para publicación: 12/03/2017

Correspondencia: Dr. Rafael González. Servicio Oncológico Hospitalario IVSS, Tel: 0414-3185624. E-mail: rafaelgonzalezrargo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas rectales son lesiones muy infrecuentes. Se deriva de las fibras musculares lisas y se desarrolla en aquellas regiones donde están presentes. Se estima la existencia de 1 leiomioma por cada 2 000 tumores rectales ⁽¹⁾.

Virchow describió por primera vez el leiomioma en 1854, definiéndolo como un tumor de origen mesenquimal, con un comportamiento benigno, desarrollado a expensas de las fibras musculares lisas ⁽²⁾.

Representa aproximadamente el 3,8 % de todos los tumores de tejidos blandos benignos y su patogenia sigue siendo controvertida al día de hoy.

El segmento más afectado del tubo digestivo es el estómago y con menor frecuencia colon y recto. La localización ano-rectal se presenta en un porcentaje menor al 0,1 %, considerándose una entidad extraordinaria. El 50 % de las lesiones aparecen a nivel intraluminal en el recto, el 30 % extra-rectales, el 10 % extra e intra-luminales y el 10 % restante intra-murales ⁽³⁾.

El objetivo de esta investigación, es presentar un caso clínico poco frecuente, de manejo difícil y realizar la revisión de la bibliografía actual.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 59 años de edad, quien refiere inicio de enfermedad actual hace aproximadamente un año caracterizado por dolor pélvico inespecífico, concomitante trastorno del patrón evacuatorio dado por estreñimiento, por lo que acude a facultativo quien solicita estudios de imágenes y en vista de resultados refiere a este centro.

Antecedentes personales

a. Médicos: niega HTA, niega DM, niega AB, niega alergia a medicamentos.

b. Quirúrgicos:

a. Biopsia de lesión ocupante de espacio retrovesical + colocación de catéter doble J izquierdo.

c. Psicobiológicos

a. Tabáquicos: niega.

b. OH: niega.

c. Ilícitas: niega.

Examen físico: sin alteraciones.

Endoscopia digestiva superior 08-04-16

- Hernia hiatal
- Compresión extrínseca en cuerpo bajo y antro
- Compresión extrínseca en segunda porción de duodeno

Endoscopia digestiva inferior 08-04-16

- Normal

Biopsia N° 7751-15: transrectal

- Fragmentos de tejido fibroconectivo vascular, adiposo, típicos.
 - Escasas células uroteliales del epitelio de revestimiento, reactivos
- Informe adicional de biopsia N°7751-15
- Hallazgos histológicos compatibles con liposarcoma.
 - Índice mitótico bajo
 - Presencia de lipoblastos
 - Fibrosis moderada

Imaginología

- **Ecosonograma abdominal** 14-04-15
 - Hígado de aspecto normal sin evidencia de lesión focal.
 - Hidroureteronefrosis izquierda.
 - Resto del estudio normal.
 - **Tomografía axial computarizada simple de abdomen y pelvis** 25-03-15
- Hallazgos
- Vejiga con poco contenido de orina, observando hacia su pared posterior una masa de contornos irregulares, densidad heterogénea que va desde 9 hasta 53 UH y mide 58 mm x 51 mm x 44 mm, encontrándose en íntimo contacto con la pared anterior de la ampolla rectal, la cual pudiera corresponder

con lesión tumoral de vejiga que infiltra recto o de este que toma vejiga.

- En la porción baja de la ampolla rectal se observa una imagen mamelonante que crece hacia su luz partiendo de su pared anterior y mide 26 mm x 23 mm, con una intensidad que va desde 12-44 UH.
- Se observa reducción del espacio retro-rectal e impresiona infiltración de la grasa perirrectal y fosa isquiorectal.

Conclusión

- LOE de vejiga que infiltra recto o de recto que infiltra vejiga.
- Descartar pólipo rectal
- Descartar infiltración perirrectal

Intervención quirúrgica 19-02-16: laparotomía exploradora + resección anterior baja + coloprocto anastomosis término-terminal

Hallazgos

- Lesión pélvica de 10 cm x 10 cm, que involucra recto superior en toda su circunferencia, firmemente adherida a cara posterior de vejiga.
- Adenopatía ilíaca izquierda.

Biopsia definitiva N° 1186-1192-16

- 1186-16: anterosuperior de vejiga
 - No se observa lesión tumoral.
- 1187-16: Peritoneo vesical
 - No se observa lesión tumoral
- 1188-16: fondo de saco
 - No se observa lesión tumoral
- 1189-16: ganglio ilíaco izquierdo
 - 2 ganglios con hiperplasia folicular reactiva
- 1190-16: meso sigmoides
 - No se observa lesión tumoral
- 1191-16: tumor pélvico
 - Lesión mesenquimática de patrón fusocelular, histológicamente benigno
 - Necrosis ausente
 - Actividad mitótica: 0 mitosis en 10 campos de 40 X

- Embolismo tumoral vascular ausente
- Tamaño de la lesión 4,5 cm x 2,9 cm
 - NOTA: leiomioma

- 1192-16: mucosa de recto inferior

- No se observa lesión tumoral

Diagnóstico definitivo: leiomioma de recto

Paciente quien presenta evolución clínica tórpida, con dolor abdominal, signos de irritación peritoneal y gasto de aspecto intestinal a través de drenaje tipo Blake, por lo que se plantea dehiscencia de anastomosis, decidiéndose re-intervención quirúrgica, hallándose defecto de 1 cm en cara anterior de colo-procto anastomosis, y se realiza rafia de la misma + colostomía en asa de protección. Posteriormente evoluciona de forma satisfactoria y se egresa.

DISCUSIÓN

El leiomioma es un tumor benigno, formado principalmente por haces desordenados de músculo liso, con fibras morfológicamente más grandes y abundante cromatina, revestido por tejido conectivo sano ⁽¹⁾.

Se estima la existencia de 1 leiomioma por cada 2 000 tumores rectales ⁽¹⁾.

Representa aproximadamente el 3,8 % de todos los tumores de tejidos blandos benignos y su patogenia sigue siendo controvertida al día de hoy ⁽²⁾.

Virchow describió por primera vez el leiomioma en 1854, definiéndolo como un tumor de origen mesenquimal, con un comportamiento benigno, desarrollado a expensas de las fibras musculares lisas ⁽¹⁾.

La incidencia máxima es entre la 4ª y 6ª década de la vida, siendo la distribución por géneros semejante ⁽²⁾.

El 50 % de las lesiones aparecen a nivel intraluminal en el recto, el 30 % extra-rectales, el 10 % extra e intra-luminales y el 10 % restante intra-murales ⁽³⁾.

Se clasifican como somáticos y retroperitoneales. Los primeros afectan por igual a hombres y mujeres, con predilección por las extremidades, con mayor frecuencia en el muslo; los retroperitoneales afectan con mayor frecuencia a mujeres durante el período perimenopásico, localizándose a nivel del retroperitoneo y estructuras pélvicas ⁽⁴⁾.

Desde el punto de vista histopatológico son tumores sólidos, consistencia elástica por estar formado de músculo liso y colágeno, bien definidos, con una superficie lisa, rodeado de tejido fibroso pseudocapsular, color blanco-nacarado, blanco-grisáceo o rojizo al corte, dependiendo de la vascularización que presenten, sin degeneración quística o necrosis y microscópicamente están constituidos por fascículos o bandas de células de músculo liso entrelazadas y dispuestas en palizadas. Dentro de la misma lesión se pueden observar áreas de edema con incremento de la celularidad, atipia celular y nuclear y figuras mitóticas escasas o ausentes, patrones de células epiteloides y de células claras ^(4,5).

Se clasifica en 2 variantes: superficial y profundo. Uno de los ejemplos mejor conocidos dentro de la variante superficial es el angioleiomioma genital femenino. El leiomioma profundo, descrito por Kilpatrick y Billings, se clasifica a su vez, en una variante somática y otra retroperitoneal. A diferencia de los leiomiomas de tipo somático, el 20 % de los retroperitoneales muestran bajos niveles de actividad mitótica. Los leiomiomas de variante superficial suelen afectar con mayor frecuencia a las extremidades y afectan a ambos sexos, mientras que la variante retroperitoneal tiene lugar a nivel pélvico en mujeres posmenopáusicas ⁽⁵⁾.

El segmento más afectado del tubo digestivo es el estómago y con menor frecuencia colon y recto. La localización ano-rectal se presenta en un porcentaje menor al 0,1 %, considerándose una entidad extraordinaria ⁽²⁾.

La sintomatología depende del tamaño y de la localización. Los síntomas más frecuentes son la proctalgia, alteraciones del tránsito intestinal, rectorragia, tenesmo rectal ⁽³⁾.

En vista de que la sintomatología es variable, y depende básicamente de la localización y tamaño de la lesión, los estudios de imagen cobran gran valor para establecer así la estadificación preoperatoria, sumado a los estudios endoscópicos.

El tratamiento de elección es la resección completa de la lesión. En el caso de los tumores intra-rectales de fácil acceso pueden resecarse por vía transanal. En aquellos casos en que el tamaño del tumor o la afección de la pared no permitan una resección local, se opta por la resección anterior baja o la resección abdominoperineal. Deberá plantearse otro abordaje, como el transperineal, el pararectal o el transvaginal, cuando sean de localización extra-rectal ⁽⁵⁾.

Los leiomiomas recidivan hasta en un 40 % de los casos, y de estos un 10 % recidiva como leiomiosarcoma, lo cual parece estar en relación con resecciones incompletas o un tamaño superior a los 5 cm. Después de una resección transanal, para-rectal o transvaginal, la recurrencia con transformación maligna se ha descrito en el rango de 9 meses a 9,5 años. Por lo tanto el seguimiento es necesario, porque las recurrencias a largo plazo parecen ser también posible en los casos de lesiones de bajo grado, el comportamiento biológico también varía con la localización, los tumores de colon generalmente son menos agresivos en comparación con los de recto, porque estos últimos manifiestan mayor tasa de recurrencia y difusión, incluso después de la resección amplia ⁽⁶⁾.

El leiomioma para-rectal es una neoplasia benigna, de muy baja incidencia, alrededor de 1 caso por cada 2 000 tumores en dicha región. Representando aproximadamente el 3,8 % de todos los tumores de tejidos blandos benignos.

La localización más frecuente del leiomioma

dentro del sistema digestivo es el estómago, y en menor frecuencia en colon y recto, siendo en este último una entidad extraordinario, con incidencia menor al 0,1 %.

La sintomatología depende del tamaño y de la localización. Los síntomas más frecuentes son la proctalgia, alteraciones del tránsito intestinal, rectorragia, tenesmo rectal.

Desde el punto de vista imaginológico, tanto tomografía axial computarizada como resonancia magnética nuclear, son indistinguibles de otras lesiones, y cuando su localización es intraluminal, las biopsias preoperatorias no son concluyentes hasta en un 80 % de los casos.

El tratamiento estándar para esta patología es quirúrgico mediante resección completa de la lesión, y la vía de abordaje dependerá de su tamaño y localización.

A pesar de que se trata de una lesión histológicamente benigno, exhibe comportamiento biológico variable, con tasas de recidivas hasta de un 40 %, y cuando éstas se presentan son en forma de leiomiosarcoma, incluso hasta 9 años después de sus resección. De ahí la importancia de lograr una resección completa con márgenes libres y seguimiento a largo plazo.

REFERENCIAS

1. De Palma GD, Rega M, Masone S, Siciliano S, Persico M, Salvatori F, et al. Lower gastrointestinal bleeding secondary to a rectal leiomyoma. *World J Gastroenterol*. 2009;15(14):1769-1770.
2. Núñez Martínez O, Salinas Moreno S, Manceñido Marcos N, Pajares Villarroya R, Erdozain Sosa JC. Rectal leiomioma: Endoscopic resection. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35(5):373-375.
3. Miettinen M, Furlong M, Sarlomo-Rikala M, Burke A, Sobin LH, Lasto J. Gastrointestinal stromal tumors, intramural leiomyomas, and leiomyosarcoma in the rectum and anus: A clinic pathologic, immunohistochemically, and molecular genetic study of 144 cases. *AM J Surg Pathol*. 2001;25:1121-1133.
4. David SS, Samuel JJ. Pedunculated extra luminal leiomyoma of the sigmoid colon. *J Gastroenterol Hepatol*. 1996;11:299-300.
5. Uzcátegui Y, Rodríguez A, Flores L, Colina R, Arcos H, Ruiz G, et al. Leiomioma perianal. Reporte de un caso. *Avances en Biomedicina*. 2014;3(2):93-97.
6. Kusminsky RE, Bailey W. Leiomyomas of the rectum and anal: Report of six cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 1977;20:580-599.