



Tumores Mesenquimatosos Benignos del Tracto Gastrointestinal

Estudio de 7 Casos y Revisión de la Literatura

M. BEJARANO, MD; C.P. ADRADA, MD; H. ROMERO, MD.

Palabras clave: Tumores benignos gastrointestinales, Tumores mesenquimatosos, Leiomioma, Neurofibroma, Neurilemoma.

Los tumores mesenquimatosos se originan en cualquiera de las estructuras conjuntivas que forman la pared del tracto gastrointestinal, dando lugar a lesiones difíciles de diferenciar clínica, radiológica e incluso histológicamente de su contraparte maligna.

Doce pacientes fueron tratados por tumores mesenquimatosos benignos gastrointestinales entre 1981 y 1996 en el hospital Universitario San José de Popayán; 54% eran mujeres, con sintomatología menor de 1 mes de duración, en 75% de los casos, que incluía dolor abdominal (92%), sangrado digestivo (58%), náuseas y vómito (50%). La endoscopia reveló hallazgos sospechosos de la lesión, en 33%, con compromiso del estómago en 41% de los pacientes. Desde el punto de vista anatomopatológico el diagnóstico más frecuente fue leiomioma (71%). Todos fueron tratados mediante resección quirúrgica.

INTRODUCCION

En general, en la parte alta del tracto gastrointestinal son mucho más frecuentes los tumores malignos que los benignos, por lo que el hallazgo de una serie de pacientes con tumores benignos en un corto lapso en el Servicio de Cirugía General en el Hospital Universitario San José (HUSJ) de la ciudad de Popayán, Colombia, despertó el interés para la realización del presente estudio.

Los derivados mesenquimales (como tejido conjuntivo, tejido adiposo, vasos sanguíneos con sus células endoteliales

Doctores: Mónica Bejarano Castro, R-IV de Cirugía; Claudia P. Adrada Cruz, R-I de Cirugía; Hernando Romero Ordóñez, Cirujano General Mastólogo, Docente, Departamento de Ciencias Quirúrgicas, Hospital Universitario San José, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.

y musculares lisas, histiocitos y células de Schwann) se encuentran en todos los órganos y tejidos del cuerpo. Por lo tanto, los tumores mesenquimales son comunes a todos los órganos (1, 4).

METODOLOGIA

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de tumores benignos del tracto gastrointestinal hospitalizados entre 1981 y 1996 en el HUSJ de Popayán, y de ellos se seleccionaron aquellas con neoplasias benignas de origen mesenquimatoso del estómago, duodeno e intestino delgado, confirmado por histopatología. Se evaluaron las variables de sexo, edad, procedencia, sintomatología y su duración, valores de hemoglobina, exámenes diagnósticos, hallazgos quirúrgicos, resultado histopatológico y controles posteriores. Se determinaron porcentajes y promedios como parte del estudio estadístico.

RESULTADOS

Durante el período de 15 años de estudio, egresaron 12 pacientes con diagnóstico de neoplasia benigna mesenquimatoso del estómago, duodeno e intestino delgado. De ellos, 5 (45.4%) eran hombres y 7, (54.5%) mujeres. La edad de los pacientes osciló entre 14 y 63 años, con un promedio de 41.8 años y una distribución como se muestra en la tabla 1.

Nueve pacientes (75%), procedían del Cauca y Nariño, los departamentos que están en el área de influencia directa del HUSJ; y 2 (17%), procedían de otros departamentos. La duración de la sintomatología fue menor de 1 mes, en 75% de los pacientes, y entre 1 mes y 1 año, en 8%; no se obtuvo el dato en 1 paciente.

Los síntomas referidos con más frecuencia fueron: dolor abdominal (92%), náuseas y vómito (50%), astenia y adinamia (33%), melenas (33%) y hematemesis (25%). En

Tabla 1. Distribución por edades de los pacientes con tumores mesenquimatosos benignos gastrointestinales. HUSJ, 1981-1996 (n= 12).

<i>Edad (años)</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
11 a 20	2	16.6
21 a 30	1	8.3
31 a 40	4	33.3
41 a 50	1	8.3
Mayor de 50	4	33.3

50% de los pacientes el valor de la hemoglobina fue menor de 10 g/dL, mientras en 40% no se evidenció anemia; en 1 paciente no se encontró el dato.

El diagnóstico se sospechó con mayor frecuencia mediante endoscopia digestiva alta (Tabla 2). En 12 pacientes se evidenciaron en cirugía lesiones elevadas, algunas umbilicadas, pólipos y masas, dependientes de la pared del tracto gastrointestinal (80%) o del meso intestinal (20%) como se aprecia en la tabla 3, sin extensión a órganos vecinos ni compromiso ganglionar. En dos pacientes se encontraron lesiones múltiples.

Todos fueron tratados mediante resección quirúrgica con gastrectomía parcial o resección intestinal y anastomosis terminoterminal. Los hallazgos histopatológicos confirmaron: leiomioma (7 pacientes), adenoma (1 paciente), leiomioblastoma (1 paciente), neurofibroma (1 paciente), neurilemoma (1 paciente) y páncreas aberrante (1 paciente).

Asistieron a controles posteriores a su egreso, 75% de los pacientes y todos se encontraban asintomáticos desde el punto de vista gastrointestinal, sin necesidad de tratamiento médico. Durante este tiempo, 1 paciente falleció por una patología cardiorrespiratoria no asociada, varios años después de su egreso.

DISCUSION

Los tejidos blandos pueden ser definidos como el tejido no epitelial extraesquelético del cuerpo, exclusivo del sistema reticuloendotelial, glía y tejido de sostén de varios órganos parenquimatosos. Está representado por músculo voluntario, grasa y tejido conectivo, junto con los vasos que irrigan estos tejidos; por convención, también incluyen el sistema nervioso periférico. Embriológicamente se deriva

Tabla 2. Estudios diagnósticos en pacientes con tumores mesenquimatosos benignos gastrointestinales. HUSJ. 1981-1996 (n= 12).

<i>Estudio</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
Endoscopia digestiva	4	33.3
Serie gastroduodenal	1	8.3
Tránsito intestinal	1	8.3
Mucosografía	1	8.3
Rx simple de abdomen	1	8.3
Ecografía abdominal	1	8.3

Tabla 3. Localización de las lesiones en pacientes con tumores mesenquimatosos benignos gastrointestinales. HUSJ. 1981-1996 (n= 12).

<i>Organo</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
Estómago	5	41.6
Yeyuno	4	33.3
Duodeno	2	16.6
Ileon	1	8.3

principalmente del mesodermo, con alguna contribución del neuroectodermo (2).

Los tumores de tejidos blandos son un grupo muy heterogéneo de tumores, clasificados con base histogenética de acuerdo con el tejido adulto que semeje. Dentro de las varias categorías histogenéticas, los tumores de tejidos blandos se dividen en benignos y malignos (2, 3).

Las células mesenquimales mantienen su multipotencialidad. De esta forma, mientras que las neoplasias derivadas de células mesenquimales pueden diferenciarse hacia una sola clase celular (lipoma, fibrosarcoma o leiomioma), los tumores derivados del mesénquima despliegan con no poca frecuencia la multipotencialidad de las células mesenquimales, produciendo formas mixtas: angliolipoma, fibromixocondroma u otras combinaciones. Las formas más frecuentes en su mayoría se diferencian en una sola clase celular (2).

Los tumores benignos de tejidos blandos sobrepasan en número a los tumores malignos con una proporción de 100 a 1 en una población hospitalaria, y su incidencia anual es de 300 por 100.000 habitantes, aproximadamente (2). Los tumores benignos, que sejejan más estrechamente el tejido normal, poseen una capacidad limitada de crecimiento autónomo (2).

Los tumores gastrointestinales mesenquimales forman un grupo heterogéneo de muchas entidades diferentes con perfiles clinicopatológicos distintos. Las principales entidades incluyen leiomiomas, schwannomas y el grupo de tumores menos diferenciados denominados tumores estromales gastrointestinales, término que refleja el entendimiento incompleto de su línea celular y su relación incierta con los tumores diferenciados de músculo liso y células de Schwann (5, 6) (Figura 1).



Figura 1. Microfotografía correspondiente a leiomioma en un paciente con tumor mesenquimatoso benigno gastrointestinal.

Como se observa en el presente trabajo, pueden ocurrir a cualquier edad, aunque su frecuencia aumenta con ella, y afectan a ambos sexos (3, 4, 7, 8).

El estómago es el órgano más común con tumores del músculo liso, y el origen del 50% de estas neoplasias, siendo la mayoría benignas (Figura 2). Los tumores gástricos del músculo liso forman una lesión intramural redonda, lobulada o multinodular, que puede ser submucosa (60%) e intramuscular. Los tumores que se proyectan hacia la mucosa con frecuencia hacen una ulceración en forma de cráter como resultado de necrosis hemorrágica que penetra profundamente y causa hemorragia gastrointestinal. Pueden variar de tamaño con un diámetro medio de 2 cm y cuando aparecen en el estómago se localizan más frecuentemente en la región media (40%) y el antro (25%), aunque 20% ocurre cerca del píloro (4, 7, 13).

La mayoría son asintomáticos y se descubren accidentalmente a la endoscopia, radiología contrastada o laparotomía (4, 8-10, 12-16); por esta razón, la mayoría de pacientes refieren un tiempo corto de evolución de la sintomatología. En tumores grandes, más del 70% de ellos presentan

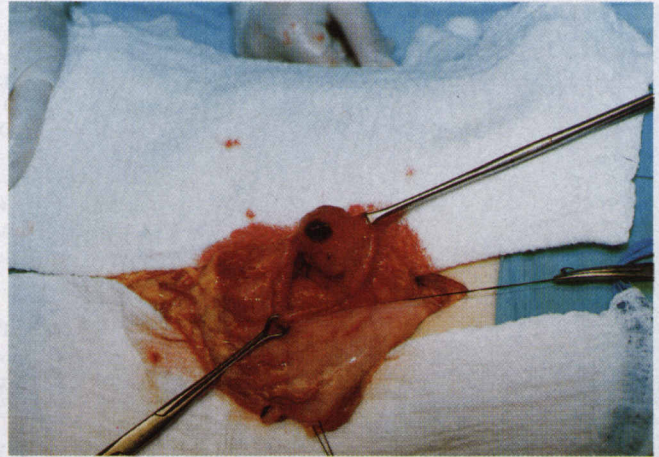


Figura 2. Leiomioma de la pared posterior del estómago en un paciente que consultó por hemorragia digestiva alta. Se observa el área ulcerada necrótica central, fuente del sangrado.

signos y síntomas clínicos que pueden llegar a ser prominentes, e incluyen fatigabilidad, debilidad y pérdida de peso, dolor abdominal cólico e intermitente (65%), obstrucción intestinal (30%) que acaba siendo crónica, e intususcepción (15%). En más de 25% de leiomiomas sintomáticos se palpa una masa abdominal al examen físico; la hemorragia intestinal es un hallazgo clínico común, que puede manifestarse de manera intermitente como melenas, con anemia ferropriva (7, 10, 12, 13, 15, 16), como se evidencia en este estudio (Figura 3).

Los tumores de origen neuroectodérmico pueden ser múltiples (15%) y se observan con mayor frecuencia en la enfermedad de Von Recklinghausen; cuando son solitarios, se localizan más comúnmente en nivel del íleon. Habitualmente son asintomáticos debido a su pequeño tamaño, pero se estima que hasta en un 70% desarrollan síntomas constituidos por dolor (40%), cuando el tumor tiene un tamaño suficiente para involucrar el nervio; hemorragia intestinal (35%) y obstrucción intestinal (17, 18).

El diagnóstico de certeza en la mayoría de tumores mesenquimales se obtiene durante la exploración quirúrgica (3, 8, 13) (Figura 4). Exhiben poca tendencia a invadir localmente y se caracterizan por una baja tasa de recurrencia local luego de terapia conservadora (2). Al margen de los hallazgos microscópicos, en la propia intervención quirúrgica, el cirujano puede intuir la posible naturaleza benigna o maligna de la tumoración, al observar su tamaño, macroscopía y compromiso de órganos vecinos, orientándose hacia una técnica resectiva de mayor o menor amplitud, o bien, en caso de leiomiosarcoma irreseccable, hacia una cirugía paliativa (11).

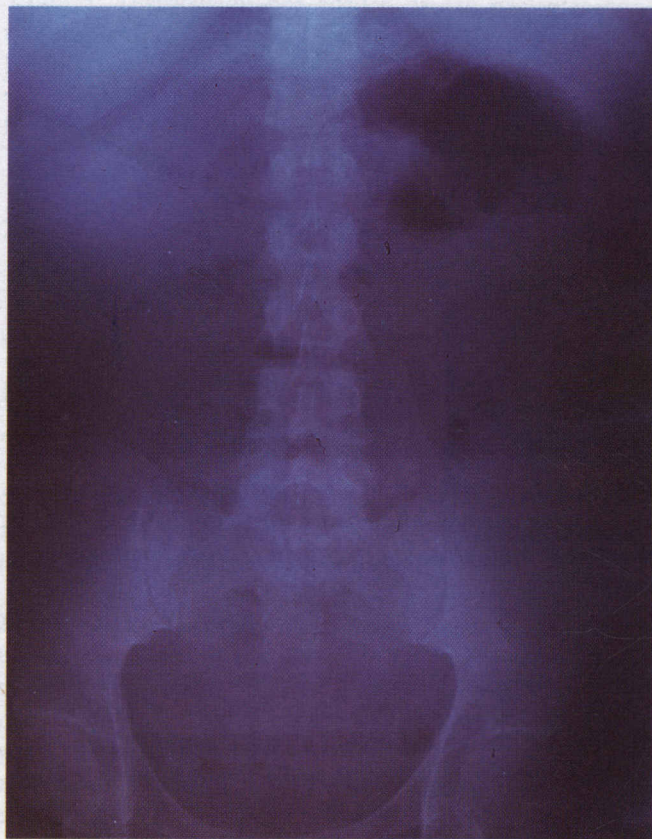


Figura 3. Radiografía simple del abdomen de un paciente que consultó por cuadro de obstrucción intestinal, que resultó causada por un leiomioma del intestino delgado. Se observan los niveles hidroaéreos en el cuadrante superior izquierdo del abdomen.

La excisión local es el tratamiento de elección, que en el caso de tumores gástricos consiste en resección en cuña, si es una lesión pequeña, o gastrectomía parcial; y en el caso de tumores intestinales, en resección con entero-enterostomía. No se recomienda la enucleación por la alta tasa de recidiva (3, 7-9, 15, 16).

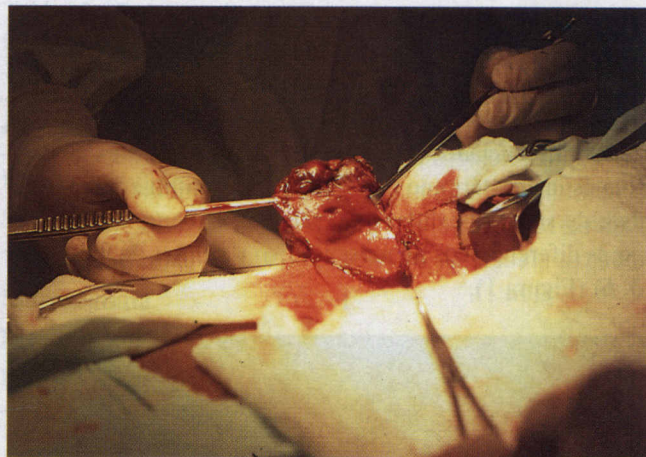


Figura 4. Intervención quirúrgica en un paciente con tumor mesenquimatoso benigno del intestino delgado, cuya histopatología confirmó schwannoma.

ABSTRACT

Benign mesenchymatous tumors originate in any of the connective tissue structures that conform the wall of the gastrointestinal tract, giving rise to lesions that are difficult to differentiate clinically, radiologically, and even histologically, from their malignant counterpart.

Twelve patients with benign mesenchymatous tumors of the gastrointestinal tract were treated at Hospital Universitario San José, Popayán in the period 1981 to 1996, 54% were women, with symptomatology of less than one month duration in 75% of cases. Symptoms included abdominal pain (92%), digestive bleeding (58%), nausea and vomiting (50%). Endoscopy revealed changes that suggested the diagnosis in 33%; the stomach was involved in 41% of the patients. Most frequent histologic type was leiomyoma. All patients were treated by surgical resection.

REFERENCIAS

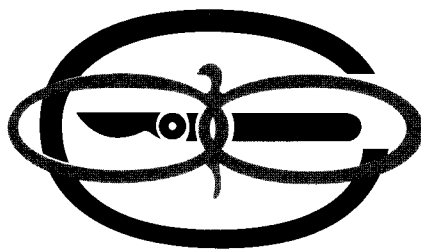
1. Robbins S, Cotran R, Kumar V: Tumores comunes a todos los órganos. En: Patología estructural y funcional. 3 ed. México. Interamericana, 1987; pp. 265-9
2. Enzinger F, Weiss S: General considerations. In: Soft tissue tumors. 3 ed. St Louis: Mosby, 1995; pp. 1-16
3. Moossa A, Schimpff S, Robson M: Tumores mediastinales: Tumores mesenquimales. In: Comprehensive textbook of oncology. 2 ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991; pp. 725-8
4. Cuevas Ibáñez A, Pedrosa C: Aparato digestivo: Estómago y duodeno. En: Diagnóstico por imagen. Tratado de radiología clínica, 1990; pp. 718-9
5. Markku M, Virolainen M, Rikala M: Gastrointestinal stromal tumors: Value of CD34 antigen in their identification and separation from leiomyomas and schwannomas. Am J Surg Pathol 1995; 19 (2): 207-16
6. Suster S, Sorace D, Moran C: Gastrointestinal stromal tumors with prominent myxoid matrix. Am J Surg Pathol 1995; 19 (1): 59-70
7. Evans H: Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract: A study of 56 cases followed for a minimum of 10 years. Cancer 1985 Nov; 59: 224-250
8. Velásquez O, Acevedo J, Lerma C: Carcinoma gástrico: tumores benignos. En: Restrepo J, Guzmán J et al: Gastroenterología, hepatología-nutrición. 3 ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1990, pp. 149-64

9. Moossa A, Schimpff S, Robson M: Tumores del estómago: Tumores no epiteliales. In: comprehensive textbook of oncology. 2 ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991; pp. 877-8
10. Beajow M, Singh H: Bleeding jejunal leiomyoma: A new approach. Am J Gastroenterol 1995 Jan; 90 (1): 131-3
11. Nebril A, Filgueira T et al: Leiomioma duodenal como causa de sangrado agudo duodenal. Rev Esp Enferm Dig 1992 Mar; 81 (3): 214-5
12. González O: Tumores benignos del estómago. En: Alvarado J, Otero W et al: Gastroenterología y hepatología. Santafé de Bogotá: Asociación Colombiana de endoscopia digestiva, 1996
13. Restrepo J: Tumores del intestino. En: Restrepo J, Guzmán J et al: Gastroenterología, hepatología-nutrición. 3 ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1990; pp. 197-9
14. Kazerooni E, Quint L, Francis I: Duodenal neoplasms: predictive value of CT for determining malignancy and tumor resectability. Am J Radiol 1992 aug; 159: 303-9
15. Lucas S, Berg P et al: Léiomyoblastome duodénal: A propos d'un nouveau cas et revue de la littérature. J Chirurgie 1990; 127 (5): 262-70
16. Sánchez J: Tumores del intestino delgado. En: Alvarado J, Otero W et al: Gastroenterología y hepatología. Santafé de Bogotá: Asoc Col Endosc Digest, 1996; pp. 348-53
17. Harkin J, Reed R: Tumors of the peripheral nervous system 1987; pp. 29-59
18. Cubilla A, Fitzgerald P: Tumors of the exocrine pancreas. AFIP, 1987; pp. 53-8.

Correspondencia:

Doctora Mónica Bejarano. Carrera 59 No. 11B-56. Cali, Valle.

SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA



CONGRESOS ANUALES

1998	AGOSTO 18 - 21
1999	AGOSTO 17 - 20
2000	AGOSTO 15 - 18