

# LEIOMIOMA DE CIEGO: HALLAZGO CASUAL EN UN CRIBADO FAMILIAR DE CÁNCER COLORRECTAL.

R.M. Gálvez-Fernández<sup>1</sup>, L. Araque-de los Riscos<sup>2</sup>, F. Morales-Alcázar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Costa del Sol. Marbella.

<sup>2</sup>Centro Salud Belén y San Roque. Jaen.

<sup>3</sup>Hospital Quirón. Marbella.

## Resumen

El leiomioma es un tumor benigno compuesto mayoritariamente por células de músculo liso. Generalmente es asintomático y puede asentar en cualquier región del organismo, siendo la localización más frecuente el útero. En el tubo digestivo estos tumores son más frecuentes en el estómago y son hallazgos muy raros en el esófago e intestino grueso.

**Palabras clave:** Leiomioma, Ciego, Colonoscopia.

## Abstract

Leiomyoma is a benign tumor composed mainly of smooth muscle cells. It is usually asymptomatic and can settle in any part of the body, the most common location being the uterus. In the digestive tract, these tumors are more common in the stomach and are found in extremely rare cases in the esophagus and large bowel.

**Keywords:** Leiomyoma, Cecum, Colonoscopy.

## Presentación del caso

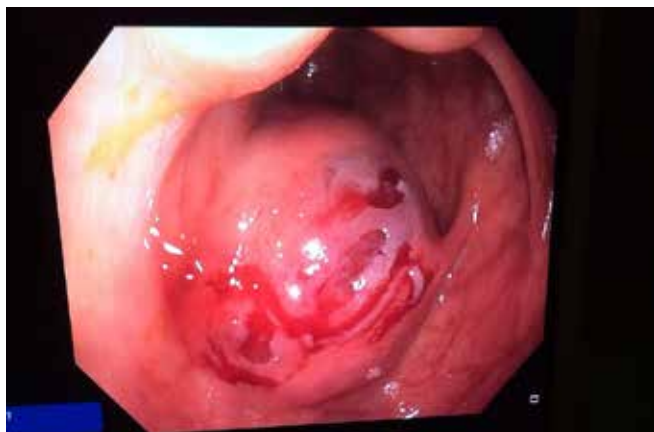
Presentamos el caso de una mujer de 51 años que acude a la consulta por tener antecedentes familiares de cáncer colorrectal. Como antecedentes personales destacaban menopausia precoz, hipotiroidismo y hernias discales a nivel cervical; estaba intervenida de rinoplastia y había tenido dos partos mediante cesárea. Era fumadora de 10 cigarrillos diarios. Como antecedentes familiares tenía una hermana diagnosticada de cáncer de colon a los 55 años y 2 tías con cáncer de mama. El día que acude a consulta la paciente refiere hábito intestinal alternante de muy larga evolución, con meteorismo y dolor abdominal de tipo cólico asociado. No refiere hematoquecia, otros productos patológicos en las heces ni otros síntomas de alarma. La exploración física era anodina.

Se realizan como exploraciones complementarias una analítica de sangre, heces y una colonoscopia. En la analítica de sangre se encontró glucemia 111 mg/dL, con perfil hepático, lipídico, renal, celíaco y férrico normales, así como hemograma normal; y en análisis de heces destaca la presencia de antígeno de *Helicobacter Pylori*.

En cuanto a la colonoscopia, esta se realizó hasta alcanzar ciego. A nivel de fondo de saco cecal se visualizaba una lesión submucosa de 3-4 cm, de consistencia elástica y móvil con pinza de biopsia, con mucosa suprayacente de aspecto normal que se biopsia (Figura 1). El resto del colon era normal. También se visualizaron hemorroides internas grado I/IV. La anatomía patológica fue compatible con leiomioma submucoso, sin precisar índice mitótico. No se realizó inmunohistoquímica.

## CORRESPONDENCIA

Roque Miguel Gálvez Fernández  
roque\_galfer5@hotmail.com



**Figura 1**

Lesión submucosa ciego. A nivel de fondo de saco cecal se visualiza lesión submucosa con mucosa suprayacente de aspecto normal, elástica a la movilidad con pinza que se biopsia.

Ante estos hallazgos se decidió realizar TAC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso, donde cabía destacar la existencia de un quiste hepático simple y un útero globuloso (a correlacionar con exploración ginecológica) en solución de continuidad con pared cecal en un tramo de 45 mm. No se encontraron otros hallazgos de interés.

Posteriormente se decidió valoración ginecológica realizándose ecografía transvaginal que objetivó un útero engrosado y, ante estos hallazgos, se optó por realizar histeroscopia con biopsia donde se confirmó el hallazgo de un leiomioma uterino.

Por tanto, se trata de una paciente que, tras ser evaluada por antecedentes familiares de cáncer colorrectal mediante colonoscopia, se ha diagnosticado de manera casual de leiomioma a nivel de ciego, así como de leiomioma uterino tras la evaluación ginecológica.

El caso fue presentado en comité compuesto por especialistas en aparato digestivo, cirujanos, radiólogos, oncólogos y ginecólogos, decidiéndose como mejor actitud para la paciente la indicación de hemicolectomía derecha e histerectomía con doble anexectomía. Actualmente la paciente se encuentra pendiente de intervención.

## Discusión

Los tumores mesenquimatosos gastrointestinales se clasifican en dos tipos principalmente, gracias al uso de la inmunohistoquímica: los GIST (tumores del estromagastrointestinal), que carecen en su histopatología de componente de músculo liso aunque pueden contener componente neuronal y se caracterizan por marcadores inmunohistoquímicos como CD 117 +, y los tumores mesenquimales con tejido muscular (leiomioma celular y epitelioides, leiomioblastoma, leiomioma bizarro y leiomiomasarcoma). Estos tumores mesenquimatosos gastrointestinales han sido bien definidos en el estómago y en el intestino delgado, pero no han sido documentados extensamente en el colon. También existen otras lesiones submucosas, como son los lipomas, que no están recogidas

dentro de los tumores mesenquimatosos gastrointestinales y que también pueden objetivarse como hallazgo casual al realizar alguna técnica endoscópica.

El leiomioma intestinal es un tumor benigno compuesto mayoritariamente por células de músculo liso. Generalmente son asintomáticos y se descubren como hallazgo accidental al realizar una gastroscopia o colonoscopia por otra razón. El leiomioma de colon (3% del total) generalmente es un hallazgo incidental durante la colonoscopia. Frecuentemente son asintomáticos aunque ocasionalmente se pueden presentar en forma de masa abdominal, hemorragia, obstrucción intestinal o perforación.

La anatomía patológica es similar a la de los leiomiomas de otros órganos. Generalmente son pequeños, aunque pueden alcanzar los 30 cm, y bien delimitados con la muscular propia desde donde comienzan su crecimiento, que puede ser extraluminal, endoluminal o una mezcla de ambos. Microscópicamente están constituidos por fibras musculares con núcleos celulares centrados sin atipia, con mitosis escasas o ausentes y sin signos de necrosis.

Como ya se ha comentado, en la inmensa mayoría de las ocasiones estas lesiones se descubren como hallazgo casual al realizar alguna técnica endoscópica por otro motivo. No obstante, una vez objetivado se pueden realizar otros métodos diagnósticos que apoyen el diagnóstico como TAC de abdomen-pelvis y RMN abdomino-pélvica. Además en aquellos casos en los que sean más accesibles, como los localizados a nivel gástrico o en el recto, y si técnicamente es posible, se puede realizar ecoendoscopia con realización de PAAF o biopsia para confirmar el diagnóstico.

El tratamiento de elección para la mayor parte de los leiomiomas es la resección quirúrgica, aunque la resección endoscópica submucosa también tiene indicación siempre que técnicamente sea posible.

## BIBLIOGRAFÍA

- Gómez C, Patkan M, Hurvitz M, Dematteis F. Leiomioma de ciego. Presentación de un caso. *Rev Asoc Coloproct del Sur*. 2007; 212-215.
- Gourtsoviannis N, Papanikolaou N, Daskalogiannaki M. The duodenum and small intestine. In: Adam A, Dixon AK, eds. *Grainger & Allison's Diagnostic Radiology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Churchill Livingstone Elsevier; 2008: chap 3.
- Demetri G, Morgan J, Chandrajit PR. Epidemiology, classification, clinical presentation, prognostic features, and diagnostic work-up of gastrointestinal mesenchymal neoplasms including GIST. En *UpToDate, PostTW* (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Enero 2015.
- Chu Y, Lien JM, Tsai MH, Chiu CT, Chen TC, Yang KC, et al. Modified endoscopic submucosal dissection with enucleation for treatment of gastric subepithelial tumors originating from the muscularis propria layer. *BMC Gastroenterology*. 2012; 12: 124.
- Huang ZG, Zhang XS, Huang SL, Yuan XG. Endoscopy dissection of small stromal tumors emerged from the muscularis propria in the upper gastrointestinal tract: Preliminary study. *World J Gastrointestinal Endoscopy*. 2012; 6: 565-70.