

Medicent Electrón. ene.-mar. 2016;20(1)

**HOSPITAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO-DOCENTE**  
**«CMDTE. MANUEL FAJARDO RIVERO»**  
**SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**INFORME DE CASO****Liomioma intestinal: a propósito de un paciente****Intestinal leiomyoma: a case report**

**MSc. Dra. Nivia Castillo Díaz<sup>1</sup>, MSc. Dra. María Obdulia Benítez Pérez<sup>2</sup>, Dr. C. Ygnacio Ygualada Correa<sup>3</sup>**

1. Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesora Auxiliar. Hospital Militar Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [jcimfr@capiro.vcl.sld.cu](mailto:jcimfr@capiro.vcl.sld.cu)
2. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructora. Hospital Militar Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
3. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de Segundo Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar. Hospital Militar Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [jcimfr@capiro.vcl.sld.cu](mailto:jcimfr@capiro.vcl.sld.cu)

*DeCS:* leiomioma, neoplasias del yeyuno.

*DeCS:* leiomyoma, jejunal neoplasms.

Los tumores del intestino delgado son poco frecuentes –representan entre un 3 y un 10 % de todos los del tubo digestivo–, y los tumores benignos (adenoma, liomioma, lipoma) son asintomáticos en más del 50 %. Entre los síntomas que acompañan a estos tumores aparece el dolor cólico, generalmente periumbilical, con náuseas y vómitos, borborigmos, diarreas, crisis suboclusivas por invaginación u obstrucción de la luz y sangrado, en la más de la mitad de los tumores benignos.<sup>1,2</sup>

Los liomiomas son los tumores benignos de origen mesenquimatoso más comunes del tracto digestivo superior.<sup>3</sup> El liomioma, tumor benigno primario sintomático más frecuente del intestino delgado, se manifiesta como una lesión intraluminal originada a partir de la musculatura lisa. A veces hay componente exoentérico, presenta una base de implantación amplia y tiene forma redondeada.<sup>4</sup>

Suelen ser asintomáticos u ocasionar síntomas inespecíficos, por lo que deben sospecharse cuando se realiza el diagnóstico clínico. Por otra parte, el intestino delgado es la porción del tubo intestinal de más difícil acceso endoscópico, si bien las nuevas técnicas de enteroscopia y el desarrollo de la videocápsula endoscópica han supuesto un notable avance en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones.<sup>5</sup>

Los liomiomas son los segundos tumores benignos más frecuentes del intestino delgado y pueden hallarse en cualquier localización. Inciden por igual en ambos sexos y suelen diagnosticarse en edades avanzadas por síntomas de obstrucción intestinal o hemorragia. Una forma de presentación de las neoplasias del intestino delgado es la hemorragia digestiva, ya sea oscura manifiesta u oscura oculta, además de procesos obstructivos. Su diagnóstico se realiza, en la mayoría de las ocasiones, de forma accidental en el curso de una laparotomía o de un estudio necrópsico.<sup>6</sup>

Existen estudios que demuestran cómo el retardo en el diagnóstico depende fundamentalmente de una interpretación errónea de los síntomas o de las pruebas diagnósticas por parte del médico. No existe ningún método de diagnóstico ideal para el estudio del intestino delgado. Las opciones son radiológicas (tomografía computarizada, enteroclisia, tránsito intestinal y resonancia magnética) o endoscópicas (cápsula endoscópica, enteroscopia de pulsión y enteroscopia de balón simple y de doble balón). La mejor estrategia y secuencia diagnóstica no está todavía establecida. Sin embargo, se considera que cuando existe una sospecha alta, se deben realizar, como mínimo, dos pruebas para poder descartar la existencia de un tumor.<sup>7</sup>

La causa del sangrado del intestino delgado depende de la edad del paciente; en los menores de 40 años se encuentran con más frecuencia los tumores de intestino delgado, como linfomas, carcinoides, adenocarcinomas, pólipos, divertículo de Meckel, y enfermedad de Crohn; en contraste con los mayores de 40 años, en quienes son más frecuentes las lesiones vasculares y las inducidas por el uso de antiinflamatorios no esteroideos.<sup>8</sup>

### Presentación del paciente

Paciente de 39 años de edad, femenina, con antecedentes de hipertiroidismo e hipertensión arterial, diagnosticada esta última hace seis años aproximadamente y medicada con propanolol (40 mg) una tableta diaria, además de padecer de hemorroides desde hace varios años con sangrado rojo, rutilante, escaso, y posterior a la defecación. En septiembre de 2012 ingresa en el hospital «Cmdte. Manuel Fajardo Rivero», por presentar deposiciones oscuras como «borra de café», fétidas, acompañadas de astenia moderada. Al examen físico se constataron piel y mucosas hipocoloreadas y el tacto rectal mostró un esfínter anal normotónico, con ampolla rectal libre y dedo embadurnado de melena. Frecuencia cardíaca: 100 × minuto, Tensión arterial: 140/90 mmHg. El resto del examen clínico no aportó otros elementos. En los exámenes complementarios se encontró: Hemoglobina: 10,0 g/l; leucocitos:  $9,8 \times 10^9/l$ ; polimorfonucleares: 51; linfocitos: 35; VSG: 8 mm/h; coagulograma: normal; TGP: 46 UI; tiempo de protombina: C-12' P-13'; TPTK: C27''P29''; hemoquímica: normal; electrocardiograma: normal. Se realizó ultrasonido abdominal (USA) con imagen que mide 38 × 44 mm con posibilidad de mioma pediculado. Se le practicó un tránsito intestinal y colon por enema, que fueron normales. La esofagogastroduodenoscopia fue normal y en la rectosigmoidoscopia se halló prolapso hemorroidal. La enferma fue dada de alta mejorada de sus síntomas y signos, pero reingresó en enero de 2013 con similares síntomas, en los que prevaleció la melena, con cifras seriadas de hemoglobina que oscilaron entre 10,9 y 10,0 g/l; se practicó esofagogastroduodenoscopia y no se encontró lesión alguna como causa de sangrado digestivo. Se le realizó entonces radiografía de esófago-estómago y duodeno, cuyo resultado evidenció elevación del relieve mucoso gástrico, sobre todo fúndico y curvatura mayor, además de herniación del polo superior gástrico.

Posteriormente, fue valorada en el Centro de Cirugía Endoscópica, en Ciudad de La Habana, donde se le indicó endoscopia superior de alta resolución, que demostró: ectasia vascular de antro, con lesión elevada de estómago de causa no precisada y hernia hiatal. Se tomó muestra de la mucosa de estómago y se descartó que la ectasia vascular descrita fuera la causa de la melena que presentaba la paciente. En la biopsia de estómago se informó: ligero edema, congestión de la lámina propia y *Helicobacter pylori*. En la búsqueda de la causa de la melena, se le realizó

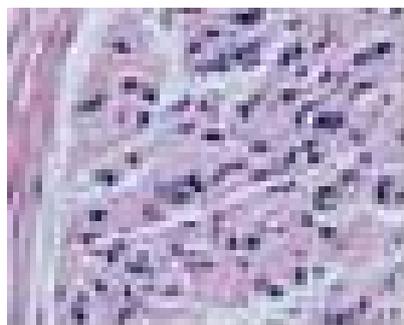
enteroscopia anterógrada por empuje, en la que se concluyó: hernia hiatal tipo I y ectasia vascular de fundus gástrico, con videocolonoscopia e ileoscopia normales. Se decidió, entonces, realizar tomografía computarizada de abdomen y pelvis con doble contraste, para documentar la causa del sangrado manifiesto, y se obtuvo a nivel de hipogastrio: lesión focal ocupativa hiperdensa que se extendía hacia la izquierda y hacia la pared anterior, que alcanzaba un diámetro máximo de 3,3 cm y una densidad de 60 UH, con textura similar a la de útero, que podía estar en relación con un mioma pediculado. No se comprobó la existencia de adenomegalias intrabdominales, ni líquido libre en la cavidad peritoneal.

Después de obtener el resultado tomográfico, se decidió realizar laparoscopia y se observó, adherida a asa delgada, una formación de aspecto tumoral de 5 cm, vascularizada, de consistencia firme y lisa.

Se practicó laparotomía con exéresis de la tumoración (Figura 1) y anastomosis término-terminal de asas yeyunales; al espécimen se le realizó biopsia por congelación, para definir el tipo de cirugía que se requería. La biopsia por parafina arrojó: liomioma intramural endoexointestinal pediculado, ulcerado, muy celular, con bordes de sección quirúrgica libres de tumoración (Figura 2). Finalmente, la enferma fue egresada asintomática.



**Figura 1.** Tumor benigno de yeyuno, compatible con un liomioma.



**Figura 2.** Liomioma benigno: músculo liso, con núcleos alargados y extremos romos.

## Comentario

La frecuencia de presentación de los tumores benignos del intestino delgado es baja y prácticamente son asintomáticos u ocasionan síntomas inespecíficos, como dolor abdominal recurrente o hemorragia oculta.<sup>1,3</sup> Adenomas, liomiomas y lipomas suponen los tres principales tumores benignos del intestino delgado. Su poca frecuencia de presentación hace que el índice de sospecha sea bajo, por lo que el diagnóstico suele hacerse en fases tardías. La dificultad de exploración de este territorio retrasa frecuentemente el hallazgo de estos tumores. El diagnóstico clínico exige un alto índice de sospecha, por lo cual debe pensarse en este ante un enfermo con una melena de origen desconocido.<sup>4,5</sup>

Entre las formas de presentación de los tumores del intestino delgado, se encuentra el sangrado digestivo, ya sea manifiesto (melena, hematemesis, melanemesis) u oscuro oculto.<sup>6</sup>

Los tumores del íleon terminal pueden diagnosticarse mediante técnicas endoscópicas convencionales. Para el diagnóstico de los tumores del yeyuno e íleon proximal debe recurrirse a técnicas radiológicas o endoscópicas específicas. La cápsula endoscópica es una de las técnicas investigativas más efectivas para el diagnóstico de estos tumores, especialmente para aquellos que se presentan en forma de pérdidas ocultas de sangre.<sup>7</sup> Algunas de estas técnicas fueron utilizadas en la paciente, y no se demostró la causa por enteroscopia anterógrada por empuje. La tomografía computarizada y el procedimiento laparoscópico revelaron un alto índice de sospecha, que se confirmó mediante el estudio histológico practicado.

Entre las causas de sangrado del intestino delgado se plantean las neoplasias primarias, y dentro de ellas el liomioma, tumor benigno de la musculatura lisa intestinal.<sup>4</sup> En la paciente que se informa, se produjo sangrado manifiesto de origen oscuro, el cual se presentó en forma de melena. Al diagnóstico se arribó por análisis histológico del espécimen quirúrgico, que concluyó un liomioma intramural endoexintestinal pediculado ulcerado, muy celular. Es oportuno recomendar, en pacientes con manifestaciones de sangrado de origen intestinal, investigar la existencia de este tipo de tumoración, que con una incidencia y frecuencia de presentación escasa, puede ser causa de sangrado digestivo alto, como ocurrió en esta paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castaño Pinto S, San Román Bachiller MD, Tejada Fuentes J. Pólipos intestinales. Jano [internet]. 2011 mar. [citado 6 dic. 2013];[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1769/55/1v00n1769a90001418pdf001.pdf>
2. Hwa Lee S, Yoong Huh G, Seock Cheong Y. A case of Endoscopic Resection of a Colonic Semipedunculated Leiomyoma. J Korean Soc Coloproctol [internet]. 2011 Aug. [citado 5 mar. 2013];27(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3180603/>
3. Ozdil B, Akkiz H, Kece C, Sandikci M. Endoscopic alcohol injection therapy of giant gastric leiomyomas: An alternative method to surgery. Can J Gastroenterol [internet]. 2010 Sep. [citado 6 dic. 2013];24(9):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2948761/>
4. Ros Mendoza LH, Giménez Cepero FJ, Sánchez Ballestín M, Arnal Monreal M, Ros PR. Diagnóstico diferencial de la patología del intestino delgado: un enfoque práctico. Parte 2: Enfermedad focal. Rev Argent Radiol [internet]. 2009 abr.-jun. [citado 19 jun. 2013];73(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-99922009000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-99922009000200007&script=sci_arttext&tlng=pt)
5. Rodríguez Ramos C, Ramos-Clemente Romero MT, Abraldes Bechiarelli A, Girón González JA. Patología intestinal infrecuente: pólipos y lesiones preneoplásicas. Medicine [internet]. 2012 mar. [citado 21 nov. 2012];11(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541212702895>

6. Ruiz Lobo EJ, Vargas Rubio R, Hani AC, Alvarado Bestene J, Rodríguez Varón A, Suárez Quintero Y, et al. Tumor de intestino delgado. Rev Col Gastroenterol [internet]. 2009 [citado 25 jul. 2013];24(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.gastrocol.com/file/Revista/v24n2a12.pdf>
7. Pellisé M, Castells A. Tumores del intestino delgado. En: Problemas comunes en la práctica clínica - Gastroenterología y Hepatología [internet]. España: Asociación Española de Gastroenterología; 2012 [citado 6 mar. 2011]. Disponible en: [http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/30\\_Tumores\\_del\\_intestino\\_delgado.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/30_Tumores_del_intestino_delgado.pdf)

Recibido: 2 de mayo de 2015

Aprobado: 5 de octubre de 2015

*MSc. Dra. Nivia Castillo Díaz.* Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesora Auxiliar. Hospital Militar Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [jcimfr@capiro.vcl.sld.cu](mailto:jcimfr@capiro.vcl.sld.cu)