

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LEIOMIOBLASTOMA GASTRICO

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

CESAR AMILCAR BOJORQUEZ SOLORZANO

EN EL ACTO DE INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1977

PLAN DE TESIS

1. Introducción
2. Objetivos
3. Material y métodos
4. Historia
5. Incidencia
6. Aspectos Clínicos
7. Estudios de Diagnóstico
 - a— Radiología
 - b— Arteriografía selectiva
 - c— Peritoneoscopia
 - d— Parasentesis abdominal
8. Aspectos Patológicos
9. Aspectos Histológicos
10. Cuenta mitótica
11. Curso Biológico
12. Leiomioblastoma Maligno
13. Tratamiento
14. Resumen
15. Historias Clínicas de cuatro casos reportados en Guatemala
16. Resumen de los cuatro casos
17. Conclusiones
18. Recomendaciones
19. Bibliografía

INTRODUCCION:

El Leiomioblastoma es una entidad anatomopatológica relativamente nueva, representado del Leiomioma y Leiomiosarcoma, el tumor no epitelial del estómago más común, derivado de músculo liso, probablemente porque es en esta parte del tracto gastrointestinal donde los tumores benignos de músculo liso son más frecuentes.

Se tiene la impresión de que estos tumores son poco frecuentes, y que rara vez dan metástasis, aunque se han reportado tumores que han tenido comportamiento maligno. En la mayoría de los casos el tumor se ha encontrado en el estómago, pero se ha informado de casos en que el tumor se ha encontrado en lugares tales como intestino delgado, retroperitoneo, útero, ovarios, mesocolon y tejidos blandos.

Los reportes encontrados en la literatura mundial hasta la fecha son de alrededor de 200 casos; en Guatemala ha sido posible coleccionar cuatro casos, tratados en el Hospital General "San Juan de Dios". Cabe mencionar que fueron consultados los archivos de Patología de los hospitales Roosevelt, Instituto de Cancerología, Instituto de Seguridad Social, sin encontrarse ningún caso de este neoplasma.

OBJETIVOS:

1. REPORTAR LOS PRIMEROS CUATRO CASOS DE LEIOMIOBLASTOMA GASTRICO ESTUDIADOS EN GUATEMALA.
2. DAR A CONOCER LA ENTIDAD PRESENTANDO SUS ASPECTOS CLINICOPATOLOGICOS.
3. REVISAR LA LITERATURA MUNDIAL PARA CONOCER A FONDO LO QUE HASTA AHORA SE HA REPORTADO SOBRE LEIOMIOBLASTOMA GASTRICO.

MATERIAL Y METODOS:

Mediante la revisión de los archivos de patología de los principales centros hospitalarios de la ciudad de Guatemala, se logró la colección de cuatro casos de Leiomioblastoma Gástrico, todos ellos estudiados en el Hospital General "San Juan de Dios".

Se hizo uso de las bibliotecas de la Universidad de San Carlos, los hospitales Nacionales y el INCAP, a fin de obtener los reportes extranjeros sobre el tema en estudio.

El Método utilizado fué el análisis retrospectivo de los cuatro casos reportados.

HISTORIA:

Fué Martín y colaboradores quienes en 1960 publicaron un estudio de seis casos, describiendo un nuevo tipo de tumor del estómago derivado de músculo liso y al cual denominaron "Tumor Miode" (4). En 1962 Stout aplicó el término "Leiomioblastoma" a esta interesante entidad en un reporte que colecta 69 pacientes de varios autores. (4)

A partir de ese año, otros autores han reportado nuevos casos; en algunos artículos la enfermedad es simplemente mencionada y descrita, sin reportar detalladamente a los pacientes. El informe más reciente es el de Abramson, publicado en 1973 y en el cual se hace una colección mundial de 190 pacientes, sumados a esta lista cuatro casos estudiados en Guatemala.

INCIDENCIA:

Entre los tumores no epiteliales del estómago, los derivados del músculo liso son los más comunes; representan el 2.47 o/o de los tumores del estómago y están clasificados como Leiomioma o Leiomiosarcoma. Los Leiomionas componen aproximadamente el 40 o/o de todos los tumores benignos del estómago y los Leiomiosarcomas cuentan el 25 o/o de todos los Sarcomas del estómago. (2).

EDAD:

Esencialmente es una enfermedad del adulto; nuestros pacientes están comprendidos entre los 42 y los 70 años. Encontramos en la literatura mundial que el paciente más viejo reportado es de 91 años y el más joven reportado es un niño de 12 años de edad.

SEXO:

En tanto que algunos autores favorecen al sexo masculino, otros lo hacen con el sexo femenino; sin embargo, ninguno de los reportes presentan diferencias estadísticas significativas a más de que por lo general los reportes comprenden muy pocos casos. Así, por ejemplo, nuestros pacientes, tres de ellos corresponden al sexo masculino y uno al femenino; de aquí que podríamos concluir que la neoplasia se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.

ASPECTOS CLINICOS:

Los síntomas están relacionados a la etapa en la cual el tumor es descubierto. Si la lesión es pequeña e intramural, el paciente puede no tener síntomas. El neoplasma usualmente crece hacia el lumen del estómago, y como se crece, al aumentar de tamaño puede causar dispepsia o dolor abdominal. El dolor es generalmente localizado en el epigastrio, vómitos persistentes puede ser un síntoma prominente si el tumor avanza hacia el píloro. La mucosa frecuentemente se ulcera y sangra, dando hematemesis, melena o anemia. El crecimiento exogástrico, a menudo es peduncular y largo, ocurre cuando el tumor se levanta y crece de la capa externa del músculo. En esta variedad de crecimiento, los tumores son frecuentemente confundidos con otros credimientos intraperitoneales. El tumor grande es a menudo palpable en el epigastrio, en la parte más alta del abdomen, en la región periumbilical o en la pelvis. El tumor grande puede romperse, ulcerarse y provocar un sangramiento masivo intraperitoneal. (2). (4).

En una investigación de este tumor localizado en la porción superior del tracto gastrointestinal, realizada en 121 pacientes, reportó hemorragias gastrointestinales, indigestión, dolor abdominal, anemia, además de revelar una masa abdominal. En la serie mencionada, en ningún momento se hizo un diagnóstico primario de Leiomioblastoma, y solo en dos pacientes el diagnóstico fué considerado como una posibilidad secundaria. (2)

Tumor en el estómago es el diagnóstico clínico que con mas frecuencia se hace. Se han tenido impresiones clínicas preoperatorias de úlcera péptica, enfermedad de vias biliares, tumor ovárico,

carcinoma de rectosigmoideo. Leucemia etc... obteniéndose el diagnóstico de Leiomioblastoma por análisis patológico pos-operatoria o necropsia.

ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO:

RADIOLOGIA:

Si la masa tumoral es pequeña, puede que no se observe ninguna anomalía; conforme se va agrandando el tumor, generalmente se proyecta hacia el lumen del estómago, pudiéndose observar ciertos defectos polipoides alrededor de la masa (2). La localización más frecuente y común del tumor es en la región antral del estómago (1). Generalmente no hay disturbios del peristaltismo, estenosis o irregularidad como los observados en los casos de carcinoma. Cuando el tumor es grande y exogástrico o peduncular, éste se proyecta dentro de la cavidad peritoneal (6); el estómago puede estar desplazado hacia arriba, pudiéndose ver algún defecto por tracción, o presentarse también defectos con presión en otros órganos vecinos.

Pocos tumores tienen ambos componentes: exogástricos y endogástricos (6). Además con frecuencia son tumores umbilicados y presentan una ulceración central, visible en estudios con medios de contraste, de donde el estudio radiológico es uno de los más importantes para evaluar el tipo y localización del tumor. (2) (4) (1).

GASTROSCOPIA:

Se han obtenido avances valiosos en cuanto a gastroscopía se refiere, con el advenimiento de los endoscopios de fibra óptica. Por medio de ellos, tumores que pueden pasar inadvertidos en los estudios radiológicos, pueden ser diagnosticados si se conocen las

peculiaridades macroscópicas del tumor; además, en casos de duda, la confirmación de torna mucho más sencilla con la ayuda de estudios fotográficos e histopatológicos por medio de biopsias tomadas por medio del fibroscopio. De aquí la importancia de la gastroscopía. (2) (3).

ARTERIOGRAFIA SELECTIVA:

Esta es una técnica valiosa, particularmente en masas abdominales grandes. En varios estudios se notó hipertrofia de la arteria gastroduodenal, indicando la presencia de un tumor vascular grande (1). En otros pacientes las arterias gastroduodenal y gastroepiploica, estaban marcadamente alargadas y desplazadas por una masa tumoral. Sin embargo, puede darse el caso que la arteriografía no revele ninguna anomalía (2). En pacientes estudiados por Girard, Osteraas y Chandor, el cavograma demostró obstrucción de la vena cava inferior.

PERITONEOSCOPIA:

Este es un método diagnóstico que debe ser empleado con más frecuencia, especialmente en tumores grandes. El origen del tumor y la presencia o ausencia de metástasis puede ser demostrada (2).

PARASENTESIS ABDOMINAL:

La presencia de masas intra-abdominales se considera una contraindicación relativa para realizar una paracentesis abdominal diagnóstica; pero cuando se sospecha hemorragia intra-abdominal, la paracentesis es de gran valor y siendo un procedimiento sencillo y sin complicaciones cuando se tiene experiencia. Kelsey, reporta un paciente en el cual, el descubrimiento de líquido sanguinolento llevó a la exploración abdominal, mediante la cual se descubrió un Leiomioblastoma sangrante; como fuera mencionado anteriormente,

el sangrado intraperitoneal es una de las características de los Leiomioblastomas que presentan crecimiento exogástrico.

ASPECTOS PATOLOGICOS:

Estos tumores parecen ser circunscritos y encapsulados, pero al microscopio son infiltrantes y tiene una pseudocápsula. Inicialmente los tumores son intramurales y crecen hacia la luz del estómago. Las lesiones son frecuentemente umbilicadas y tienen una ulceración central. Muchos crecen exogástricamente, la base puede ser sésil o peduncular.

Los crecimientos exogástricos son usualmente multilobulares y pueden mostrar evidencia de degeneración quística, hemorragia o necrosis (6).

Los tumores son de consistencia moderadamente firme y de forma redonda u ovalada. El color varía de gris-café o rosado. El tumor más pequeño reportado es de 0.5 cm. (2) y el más grande es de 35x20x8 cms. (12).

Los tumores están localizados generalmente en el antro pilórico y rara vez en el cardias del estómago. En un estudio de 95 pacientes, en 20 no fué identificada su localización. En orden de frecuencia, las localizaciones son: Antro, Cuerpo y Otras. La Ulceración de la mucosa gástrica es rara encontrarla. (4).

ASPECTOS HISTOLOGICOS:

El tumor es derivado del músculo liso e infiltra al músculo vecino, al que también comprime, en algunos casos es evidente la transición de células normales a neoplásticas. Cuando se encuentran presentes células en huso, pueden tener núcleo de extremos romos o despuntados. El riego sanguíneo del tumor es abundante y de tipo

capilar. Cambios secundarios en el tumor como edemas, hemorragia, necrosis o degeneración quística se pueden presentar.

Las características morfológicas de las células del Leiomioblastoma son: formas redondas o polihédricas, relativamente grandes de 15 a 20 micras de diámetro. El citoplasma es generalmente granular y acidófilo. El núcleo es central o excéntrico y a veces la célula tiene una apariencia de anillo de sello. Una actividad mitótica aumentada, hipercromatismo nuclear y pleomorfismo, generalmente indican una condición maligna. El núcleo está rodeado total o parcialmente por una zona clara que no se tiñe para moco, glucógeno o lípidos; que se ha considerado diagnóstico para Leiomioblastoma. Actualmente se cree que esto es un artefacto de la fijación con formalina, ya que ésta desaparece si el tumor se fija por congelación o con glutaraldehído. (2) (5).

Con el uso del microscopio electrónico, Kay y Still distinguieron la apariencia del Leiomioblastoma, del Leiomioma y del Leiomiosarcoma. (5). Con el microscopio de luz, la evidencia histológica del origen en el músculo liso se basa en la mezcla frecuente de células del tumor, con el músculo liso circundante. (3).

Con las observaciones del microscopio electrónico, muchos autores concluyen que la evidencia del origen en un músculo liso, no es enteramente concluyente. Otros creen que el tumor nace de músculo liso. En general, las células del tumor son grandes, irregulares, con núcleo pleomórfico y nucleolos prominentes. Se pueden observar distintas inclusiones intranucleares. El grado de desarrollo de los órganos citoplasmáticos son variables, las células más diferenciadas presentan abundantes filamentos citoplasmáticos de 60 a 80 A^o de diámetro. (9)

CUENTA MITOTICA:

Cuenta mitótica, observada en un campo de alto poder, fué sugerida por Stout (10), como una guía para determinar si el tumor es maligno o nó. En la evaluación microscópica de estos tumores es importante estimar el número de figuras mitóticas por campo, se toma el promedio de 5 campos, y si se observa una actividad mitótica aumentada, generalmente indica que hay malignidad. Se han reportado casos de leiomioblastoma maligno con una actividad mitótica de 11 mitosis por campo de alto poder, ésto no significa que no pueda existir malignidad al encontrar 3 o 4 mitosis por campo. Lo que sí se ha observado es que cuando existe aumento de mitosis, también existe invasión a otros órganos.

CURSO BIOLOGICO:

Fué analizado el cálculo de sobrevivencias entre 164 pacientes con Leiomioblastoma del estómago. 41 pacientes sobrevivieron cinco años o más, 21 sobrevivieron de tres a cinco años, 37 sobrevivieron de uno a tres años y 13 sobrevivieron menos de un año. Los resultados fueron los siguientes: Las causas de muerte fueron debidas a enfermedades sobre agregadas o a otras enfermedades previamente diagnosticadas. El Leiomioblastoma como causa directa de muerte es muy rara; el tiempo de sobrevivencia es excelente considerando que operaciones importantes en el estómago fueron hechas en personas maduras. Es interesante notar que en el grupo previamente mencionado de 164 pacientes, hubo condiciones malignas en 13 pacientes, solo 3 pacientes fueron reportados que murieron de la enfermedad. Muchos de los pacientes sobrevivieron con enfermedades malignas, pero no fueron observados por un período suficientemente largo, sin embargo muchos murieron probablemente de esta enfermedad. En contraste con lo anterior está el reporte presentado por Lavin, de 26 pacientes, 10 murieron por tumores malignos, uno falleció después de operado. (2).

LEIOMIOBLASTOMA MALIGNO:

En una serie de 190 pacientes, la enfermedad maligna se manifestó por metástasis, ésto fué solo en 23 pacientes del total. La enfermedad predominó en sexo masculino, relación 8:5 (2) (6).

Se describe un caso interesante de una paciente de 24 años de edad; en abril de 1964 se le efectuó una laparatomía exploradora, encontrándole un tumor en el estómago, se tomó una biopsia y se consideró inoperable porque había metástasis al hígado. En Enero de 1965 se decidió intervenirla nuevamente y se le efectuó Gastrectomía parcial y hepatectomía derecha, el tumor del hígado pesó 2,900 gramos. En Septiembre de 1966 se le hizo una excisión del tumor recurrente en el peritoneo posterior, y al mes siguiente el tumor recurrente fué notado en la cicatriz de la operación anterior. (2)

Otro caso reportado fué el de un paciente de 78 años de edad que padeció de varias enfermedades como trastronos-gastrointestinales, insuficiencia cardíaca y otras menos graves. Uno de sus exámenes de Serie gastro-duodenal reveló defecto intrínseco en la parte distal del estómago y desplazamiento de las dos porciones del duodeno. Al examen físico presentó una masa palpable en epigastrio con extensión a hipocondrio derecho, la masa era movible y poco dolorosa a la palpación superficial.

Se intervino quirúrgicamente y se encontró una masa de 14 x 3 cm que ocupaba la parte posterior del antro, estaba adherida al páncreas y con invasión al mesocolon transversal, la masa era lobulada, de consistencia firme y de color grisáceo, múltiples nódulos metastásicos se encontraron en el hígado y se concentraron en la cápsula. El Diagnóstico patológico fué de un Leiomioblastoma Maligno con metástasis al hígado y a nódulos linfáticos. La cuenta mitótica fué de 14 por campo. (1)

Con estos ejemplos y con otros reportes hechos por varios autores nos podemos dar cuenta que el Leiomioblastoma Maligno es aquel que con regularidad da metástasis y cuenta con una actividad mitótica aumentada, además se puede asegurar que no hay relación directa entre una masa grande y una enfermedad maligna y esta degeneración maligna es aún más rara en los crecimientos pedunculares.

TRATAMIENTO:

Hay muchas opiniones en el tratamiento de los Leiomioblastomas del estómago, algunos cirujanos creen que la resección gástrica es un procedimiento de elección. Otros creen que una resección local en muchas instancias puede ser el tratamiento adecuado. Los argumentos a favor de la Gastrectomía son: Que este tumor es invasivo localmente, potencialmente maligno o maligno al tiempo de la operación; en algunos de los pacientes hay recurrencia local o enfermedad metastásica que se desarrollo después de la operación inicial. Abramson cree que en la selección del procedimiento, uno debe guiarse por el reconocimiento preoperativo y los descubrimientos en la mesa de operaciones. Una incisión amplia usualmente es adecuada si el tumor es único y pequeño, o si el tumor es pedunculado de cubierta externa que está presente en el estómago. La enucleación de estos tumores no está indicada, pues no tienen una verdadera capsula y la invasión aunque localizada, no puede determinarse su extensión. Resección gástrica está indicada si el crecimiento es extenso y envuelve las paredes del estómago o si hay tumores múltiples.

Gastrectomía total es usada para un tratamiento extensido de lesiones infiltrantes para los tumores que se multiplican a través del estómago y para la enfermedad recurrente después de resecciones gástricas previas. Resecciones de la enfermedad metastásicas cuando es factible debe de intentarse, ya que muchos de estos tumores crecen lentamente y los pacientes sobreviven por más tiempo después de la resección. La radiación terapéutica ha tenido poco efecto en los

pacientes tratados por Leiomioblastoma maligno; sin embargo, un tumor no resecable, grande, localizado en el esófago fué radiosensitivo, el paciente recibió radioterapia en tres ocasiones durante un período de nueve años y se redujo el tamaño del tumor. El paciente falleció doce años después de los síntomas iniciales.

RESUMEN

Leiomioblastoma del estómago fué descrito recientemente como una entidad clínica. A la fecha más de 190 pacientes han sido presentados. La revisión de las historias clínicas revelan que el tumor es esencialmente una enfermedad del adulto, ocurre principalmente en la raza Caucásica, y aumenta un poco entre los varones. Investigaciones del tracto gastrointestinal fueron hechas debido a hemorragias, dolores abdominales, síntomas de enfermedad péptica y de anemia. El diagnóstico más importante que ha ayudado son los Rayos X. El tumor se encuentra usualmente dentro del lumen del estómago, en el antro, y raramente en el cardias. No hay molestias de peristaltismo, estenosis o irregularidad como es visto en el carcinoma. Dos tercios de los pacientes fueron diagnosticados como teniendo un tumor del estómago. En los pacientes tratados quirúrgicamente, resección gástrica fué hecha con mayor frecuencia, seguidamente se efectuaron resecciones en cuña. El tumor crece intramuralmente y cambios degenerativos se presentan usualmente, ellos son umbilicados y presentan ulceraciones centrales. Los tumores son firmes, con forma de óvalo y de color rojo. El tamaño es variable, el crecimiento ocurre independientemente pero tumores múltiples pueden encontrarse. Las células características son grandes de 15 a 25 micras, redondas o polihédricas, el citoplasma es acidófilo y finamente granular. El nucleo es excéntrico y está rodeado por una zona clara que es un artefacto por fijación con formalina, una transición de células de músculo liso puede ser encontrado. La mayor parte de Leiomioblastomas del estómago son benignos biológicamente, pero cambios malignos fueron demostrados en un 12 o/o de los 194 casos. El más frecuente lugar de metástasis fué el Hígado.

REPORTE DE LOS CUATRO CASOS ENCONTRADOS EN GUATEMALA

1o. caso:

Paciente de 48 años de edad, sexo femenino, oficios domésticos, residente en esta capital. Consultó por una masa palpable en el abdomen de 6 meses de evolución.

HISTORIA:

La paciente refirió que desde hace dos años viene sintiendo trastornos gastrointestinales y que se aliviaban solo con la dieta. Hace 6 meses se palpó una masa fija y dura en el epigastrio, al inicio no le llamó la atención pero más tarde comenzó a sentir que la masa crecía y los trastornos pépticos no cedían, consultó al Hospital donde le efectuaron varios exámenes de rutina y a la vez se le tomó una radiografía donde se observó una masa en la región abdominal, muy cerca del cardias. Se evaluó el caso y se pensó que se trataba de una masa abdominal de etiología a determinar. Se intervino quirúrgicamente y se encontró una masa grande, adherida al estómago, se observó además un ganglio linfático en la curvatura menor del estómago. El hígado presentaba una pequeña masa parecida a la encontrada en el estómago. Se efectuó gastrectomía subtotal con resección del tumor hepático.

DATOS MACROSCOPICOS:

Masa de 11x8x4 cms; de superficie lisa e irregular, de color violaceo con áreas de color blanquecino, al corte predominó la coloración violacea con áreas friables de color blanquecino rodeadas de areas de aspecto quístico.

ASPECTO MICROSCOPICO:

Se observaron dos componentes celulares, el primero corresponde a células agrupadas y de apariencia epitelioide con citoplasma claro y abundante. El segundo componente formado por células fusiformes de apariencia sarcomatosa con tendencia a formar empalizadas y con una actividad mitótica marcada.

El diagnóstico fué de un Leiomioblastoma gástrico con metástasis a hígado y ganglio linfático.

2o. caso:

Paciente de 65 años de edad, sexo masculino, agricultor, residente en esta capital. Consultó por una masa palpable en el abdomen de 6 meses de evolución.

HISTORIA:

El paciente refirió que hace 6 meses presentó cuadro de diarrea con vómitos, no les causó impresión, ya que anteriormente las había presentado, solo que esta vez le quedó la sensación de una masa en epigastrio. La masa fué aumentando de tamaño hasta ocupar casi toda la porción del estómago. No refirió otra sintomatología, excepto que ha venido padeciendo de "gastritis". Al examen físico se observó que su peso había disminuido, además se palpó una masa en región epigástrica e hipocondrio derecho, el resto del examen físico no reveló ninguna patología en especial. La serie Gastro-duodenal reveló una masa que desplazaba el estómago hacia la izquierda, se efectuó Laparatomía exploradora, ya que el diagnóstico fué de una masa abdominal de etiología a determinar.

A la exploración se encontró una masa grande de 10x8 cms, de color violacea, dura y de bordes irregulares. Se efectuó Gastrectomía subtotal y la pieza operatoria se mandó a laboratorio de patología.

El Informe Patológico:

Masa que medía 10x8x6 cms, de superficie lisa, de color violaceo presentaba una pequeña ulceración en el borde externo.

El examen Microscópico reveló células muy parecidas a las del Leiomioblastoma. Se hizo el diagnóstico de Leiomioblastoma Gástrico.

La recuperación del paciente fué satisfactoria.

3o. caso:

Paciente de 42 años de edad, sexo masculino, agricultor, originario de esta capital. Consultó por presentar cuadros de hematemesis y melena de dos meses de evolución.

HISTORIA:

Refiere que ha padecido de trastornos gástricos como:pirosis, flatulencia, dolor abdominal, más marcado en epigastrio e intolerancia alimenticia. Estuvo hospitalizado por una úlcera péptica y con tratamiento antiácido y dietético se aliviaron los síntomas anteriores. A su ingreso al hospital se le efectuaron varios exámenes de laboratorio entre los cuales se descubrió que presentaba anemia normocítica normocrómica. Se le efectuó una serie Gastro-duodenal y reveló defecto de llenamiento a nivel del antro pilórico; en dos radiografías se observó colección de bario, sugestiva de úlcera, además se observó una masa cercana al antro del estómago. A los 35 días de su ingreso al hospital se le intervino quirúrgicamente con el diagnóstico de un cáncer gástrico. A la exploración se encontró una masa ulcerada de 6 cms. de diámetro, localizada en el antro, además se encontró un ganglio en la curvatura mayor del estómago, no se especificó el tamaño. Se le efectuó Gastrectomía Subtotal con

reparación tipo Billroth I (Gastroduodenostomía termino-terminal). La evolución del paciente fué satisfactoria, dándole egreso a los 25 días después de la operación.

Datos Macroscópicos:

Fijados en formalina se observaron fragmentos de estómago y una masa adherida a ellos de 4.5x6 cms. en sus mayores diámetros. Se observó una ulceración en la masa de 1 cm de diámetro. Al corte habían áreas de necrosis, el resto del estómago fué de aspecto normal.

Aspecto Microscópico:

Secciones del estómago revelaron que se trataba de un Leiomioblastoma ulcerado, secciones de ganglios linfáticos, excepto por hiperplasia fueron histológicamente normales.

4o. caso:

Paciente de 70 años de edad, sexo masculino, agricultor, originario de Santa Rosa, departamento de Guatemala. Consultó por presentar una masa abdominal de 7 meses de evolución.

HISTORIA:

La masa se inició en epigastrio y fué aumentando de tamaño hasta ocupar hipocóndrio derecho, epigastrio y parte de hipocóndrio izquierdo, la masa fué dura, fija e indolora al inicio, luego se fué agudizando el dolor. El paciente refirió que había perdido peso, presentaba hiperacidéz estomacal con sensación de plenitud postprandial. Al examen físico se comprobó que el abdomen era tenso, globuloso y se palpó una masa fija, dura que ocupaba epigastrio y parte de los hipocóndrios, había dolor a la palpación

profunda. Sus exámenes de laboratorio se encontraban dentro de los límites normales excepto en la serie gastroduodenal que se observó el estómago desplazado por una masa. A los dos meses de su ingreso al hospital General San Juan de Dios, se le efectuó Laparatomía exploradora y se intervino con el diagnóstico de Masa abdominal de etiología a determinar. Se encontró una tumoración adherida al epiplón y a la cara posterior del estómago, así también a los bordes del duodeno. La masa fué dura, de color violaceo, con abundante vascularización. Se tomaron dos muestras del tumor los cuales dieron lugar a hemorragia abundante, se tomó muestra de epiplón el cual tenía características granulares. El informe de laboratorio reportó que las secciones de biopsia de la masa gástrica y de epiplón mostró el mismo cuadro histológico, el cual consistió en la presencia de un neoplasma originado en el tejido muscular liso, con características de un Leiomioblastoma

A los seis meses después de efectuarsele la Laparatomía exploradora se le efectuó la intervención quirúrgica previamente planeada. Esta intervención fué efectuada en el hospital de Amatitlán por el doctor Mario Andrés Gonzalez, quien encontró una masa dura, adherida a mesocolon transverso, a la cara posterior del estómago y a bazo. El epiplón mayor lo cubría por delante. Se efectuó Gastrectomía Total, Omenectomía y resección parcial de colon transverso. La evolución post operatoria es satisfactoria y a la fecha el paciente se encuentra viviendo.

Descripción Macroscópica:

Masa de 25x22x18 cms. con un peso de 4 kg. Adherida a la pieza y formando parte con el cuerpo de la misma se encuentra fragmentos macroscópicamente identificados como estómago. La mucosa del mismo presentó pliegues de aspecto normal, de color gris-café. La masa tumoral era de superficie lisa y de bordes ligeramente irregulares de color café-grisáceo. Al corte, presentó una

capsula delgada, más bien una Pseudocápsula de aproximadamente 0.7 cms. de espesor, encontrándose la superficie de corte homogénea y de color blanquecino-amarillento, se observaron áreas de congestión. La parte central se encontró quística y tabicada, dando lugar a la formación de dos cavidades de contenido líquido sanguinolento.

Descripción Microscópica:

Secciones del estómago revelaron células de un Leiomioblastoma. Secciones del Bazo fueron normales.

Fragmentos de Colon Transverso muestra invasión de la serosa por el proceso neoplástico.

El diagnóstico fué de un Leiomioblastoma Gástrico invasivo a colon transverso.

RESUMEN DE LOS CUATRO CASOS:

LEIOMIOBLASTOMA GASTRICO (Resumen de los 4 casos)

	48 años	65 años	42 años	70 años
EDAD	48 años	65 años	42 años	70 años
SEXO	F	M	M	M
SINTOMAS Y SIGNOS	Dispepsia G. I. Pérdida de peso Masa palpable	Dispepsia G. I. Pérdida de peso Masa palpable	Pérdida de peso No masa palpable	Dispepsia G. I. Pérdida de peso Masa palpable
EVOLUCION	6 meses	6 meses	2 meses	7 meses

LEIOMIOBLASTOMA GASTRICO
(Resumen de los 4 casos).

TAMAÑO DEL TUMOR	11x8x4 cms.	10x8x6 cms.	4,5x6 cms.	25x22x18 cms.
PROCEDIMIENTO EFECTUADO	Gastrectomía sub-total	Gastrectomía sub-total	Gastrectomía sub-total	Gastrectomía total Omentectomía Resección parcial colon transverso
RESULTADOS	Recuperada	Recuperado	Recuperado	Recuperado

CONCLUSIONES:

1. Se presentan los primeros cuatro casos de Leiomioblastoma gástrico reportados en Guatemala.
2. El cuarto de los casos de la presente serie es el más grande informado hasta la fecha en la literatura.
3. El Leiomioblastoma es una enfermedad del adulto que afecta principalmente al sexo masculino.
4. La sintomatología predominante corresponde a dispepsia gastro-intestinal y a masa palpable en el epigastrio.
5. El tratamiento es eminentemente quirúrgico, sin tomar en consideración el tamaño del tumor.
6. En el segundo de nuestros casos se comprobó un comportamiento maligno del Leiomioblastoma, en vista de la presencia de metástasis hepáticas en el momento de la laparatomía, además de un alto porcentaje de mitosis al examen microscópico.
7. A pesar que en la literatura mundial se reporta que la ulceración del tumor y por ende de la mucosa gástrica es bastante frecuente, solo se presentó en uno de los casos nuestros. La presencia de úlcera permite que por medio de estudios radiológicos cuidadosos pueda llegarse a hacer el diagnóstico preoperativo.

8. En la mayoría de los casos reportados como Leiomioblastoma, el diagnóstico preoperativo ha sido de una Masa abdominal de etiología a determinar.

RECOMENDACIONES:

1. Que el Leiomioblastoma se considere en el diagnóstico diferencial de los tumores del estómago.
2. Si en un período de 5 años se presentaron cuatro casos de Leiomioblastoma gástrico, quiere decir que más casos podrían descubrirse si en todos los hospitales departamentales hicieran los estudios patológicos correspondientes, como ha sucedido en otras investigaciones extranjeras que al revisar las transparencias, han encontrado más casos de Leiomioblastoma.
3. Que esta entidad patológica sea incluida en los planes de estudio tanto en los estudiantes de medicina como en el post-grado.

BIBLIOGRAFIA

1. ABRAMSON, Daniel J.: GASTRIC LEIOMIOBLASTOMA, Report of three cases, one malignant. Ann. Surg. 178: 625. 1973.
2. ABRAMSON, Daniel J. LEIOMIOBLASTOMA OF THE STOMACH. Collective Review. Surg. Gynecol. Obstet. 136: 118 1973.
3. CORNOG, J. L. THE ULTRAELECTURE OF LEIOMIOBLASTOMA. Arch. Pathol. 87:404 1969.
4. FAEGENBURG, David, et al: LEIOMIOBLASTOMA OF THE STOMACH. Report. 9 cases. Radiology 117 (2) 297 Nov. 1975.
5. GERSZTEN, E. And Kay, S. LIGHT AND ELECTRON MICROSCOPIC STUDY OF THE DUODENUM. Am. J. Dig. Dis. 14: 350, 1969.
6. LAVIN, P. Hajdu, S.I. And FOOTE, F.W: GASTRIC AND EXTRAGASTRIC LEIOMIOBLASTOMA. Clinicopathologic Study of 44 cases. Cancer, 29:305 1972.
7. MARTIN, J. F. BAZIN, P. FEROLD, J. And CABANNE, R. TUMEURS MYIODES INTRAMURALES DE L'ESTOMAC. Considerations microscopiques a propos de 6 cas. Ann Anat Pathol 5:484 1960.
8. RYWLIN, A. M. RECHER, L. and BENSON, J. CLEAR CEN LEIOMYOMA OF THE UTERUS. Hawan med. J. 30:89 1971.
9. SALAZAR, H. and TOTTEN, R. S. LEIOMIOBLASTOMA OF THE STOMACH: an Ultrastructural Study. Cancer 25:176 1970.
10. STOUT, A. P. BIZARRE SMOOTH MUSCLE TUMOR OF THE STOMACH. Cancer 15:400 1962.
11. WELLMANN, F. BIZARRE LEIOMIOBLASTOMA OF THE RETROPERITONEUM, report of a case. J. Pathol, 94:447 1967.
12. WOLF, J. S. MASSIVE LEIOMIOBLASTOMA OF THE STOMACH Arch. Surg. 96:284, 1968.
13. YANNOPOULOS, K And STOUT. SMOOTH MUSCLE TUMORS IN CHILDREN. Cancer 15:958 1962.
14. LANGLEY, John R. GASTRIC AND EXTRAGASTRIC LEIOMIOBLASTOMA Am. Surg. 42 (5): 369 1976.

BR. Cesar Amilcar
CESAR AMILCAR BOJORQUEZ S.

Edgar Samuel Ramirez M.
Asesor
Dr. EDGAR SAMUEL RAMIREZ M.

Federico Castro
Revisor
Dr. FEDERICO CASTRO

Julio de Leon M.
Director de Fase III.
Dr. JULIO DE LEON M.

Mariano Guerrero R.
Secretario General
Dr. MARIANO GUERRERO R.

Vo. Bo.

Carlos Armando Soto G.
Decano
Dr. CARLOS ARMANDO SOTO G.