

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXXIII	SEPTIEMBRE DE 1966 Número 388 SAN JOSE, COSTA RICA	Tomo XXIII
------------	----------------------------------------------------------	------------

## Leiomiomas Gástricos

Por

Dr. Juan Jaramillo Antillón \* Dr. Manuel Aguilar Bonilla \*\*  
Dr. Alfredo Lara Soto \*\*\*

Habiendo tenido la oportunidad de intervenir quirúrgicamente dos enfermos portadores de Leiomiomas en el estómago en el presente año, decidimos efectuar una breve revisión sobre el tema, investigar los casos existentes en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Central del Seguro Social y presentar al final un resumen de los dos casos operados.

Se revisaron los casos de Tumores Gástricos benignos o malignos a los cuales se les practicó Laparatomía con Gastrectomía, únicamente gastroentero-anastomosis con toma de biopsia o en algunos casos solamente biopsia en el Hospital Central del Seguro Social, de Diciembre de 1961 a Junio de 1966.

En total 281 casos fueron estudiados; de éstos, 271 (96.3%) resultaron malignos y solamente 10 (3.1%) del total eran benignos. Solamente en esos dos casos operados por nosotros se reportó la existencia de Leiomiomas en el estómago, lo cual da una incidencia de (0.71%) en relación al total de tumores y de (20%) en relación al total de tumores y de (20%) en relación a los Tumores benignos encontrados.

### CONSIDERACIONES GENERALES

Las neoformaciones benignas del estómago son poco frecuentes, esta frecuencia se reduce aún más, si se les compara con el Carcinoma del mismo órgano. En parte esto se debe a que muchos tumores benignos evolucionan en forma asintomática de por vida, haciendo su diagnóstico muy difícil o casual, otros sólo son diagnosticados cuando se degeneran y en ocasiones dan síntomas

\* }  
\*\* } Servicio de Cirugía General del Profesor Dr. Manuel Aguilar Bonilla.  
\*\*\* } Hospital Central del Seguro Social.

tan variados que se prestan a confusión con úlceras pépticas, litiasis vesicular, cuadros dispépticos de diversos orígenes o Cáncer gástrico. Eusterman (6) reporta una frecuencia de 1.2% de tumores benignos del total de tumores gástricos. Marshall (11) da un porcentaje de 4.8%.

Las neoplasias gástricas benignas pueden clasificarse en conjunto en tres grandes grupos.

A) TUMORES BENIGNOS EPITELIALES: Adenomas, fibroadenomas, papilomas y pólipos.

B) TUMORES BENIGNOS DE ORIGEN MESENQUIMATOSO: Leiomiomas, (14) fibromiomas, (15) mixomas, lipomas, hemangiomas, hemangioendoteliomas, (20) Ganglioneuromas (4), Schwannomas, (23) etc.

C) NEOPLASIAS DIVERSAS: Granuloma eosinófilo, (1, 2, 9) Plasmocitomas, quistes dermoides. Carcinoides (no degenerado), sin embargo en el estómago tienden a considerarse malignos, (10) (en la estadística nuestra existe un caso de carcinoide con degeneración carcinomatosa). Tumores de tejido aberrante pancreático. Además pueden incluirse aquí los llamados Pólipos Fibrosos inflamatorios (3,8).

Los tumores benignos gástricos más frecuentes son en su orden: (5, 22) Pólipos, Leiomiomas y Neurofibromas. Lo cual está en perfecto acuerdo con la incidencia que de esos tumores hemos tenido en el Hospital Central.

Los Leiomiomas se desarrollan a expensas de las capas musculares del estómago, suelen ser firmes o blandos redondeados sesiles o pediculados, de tamaño variable generalmente pequeños y únicos miden de 1 a 50 cms. de diámetro. Su color es el de la mucosa normal que los recubre, muestran crecimiento intramural proyectándose hacia la mucosa 60% o hacia la serosa 30%, (21). Se presentan en la parte media del estómago 40% o en el antro 25% más frecuentes en la curvatura menor. Al corte muestran color gris rosa, microscópicamente el tejido liso del tumor se encuentra formado por células de músculo liso bien diferenciados, existiendo un grado variable de tejido conectivo hialino y los cambios a sarcomas no son raros (6, 13, 21). Si se malignizan suelen dar metástasis por vía sanguínea venosa a hígado y pulmón en especial.

#### CUADRO CLINICO:

Dependen sus síntomas, del volumen y localización del tumor

y suelen revelar su presencia por las complicaciones que acaso pueden producir. Son de evolución lenta de años, sin afectar al estado general asintomáticos la mayoría de ellos y descubiertos como hallazgos operatorios o de autopsias. Pueden sin embargo dar trastornos dispépticos, molestias posprandiales, acedías, sangrado o síntomas obstructivos.

El sangrado puede ser microscópico y sólo revelarse por la anemia del enfermo o por guayacos positivos o melena franca. De los tumores benignos gástricos los leiomiomas son de los que más frecuentemente sangran, (16, 21, 22), el origen de estas hemorragias sería rotura o erosión de la mucosa elevada por el crecimiento del tumor que causa por isquemia y traumatismo de los alimentos, ulceración del tumor. Si éste está cercano al píloro puede determinar estenosis pilórica con cólicos abdominales, vómitos distensión y deshidratación.

Si llegan a alcanzar gran tamaño pueden ser palpables cosa poco frecuente. Es la radiología la que hace en el clínico el diagnóstico, la cual a veces puede ser catalogada como benigna por ciertas características. Imagen lacunar nítida, defecto de repleción de forma redondeada y contornos lisos de diversos tamaños. Si el tumor se ha desarrollado en el espesor de la pared del estómago sin preferencia de emergencia interna o externa los signos radiológicos son difíciles de interpretar y se pueden confundir con una imagen de compresión externa por tumor extragástrico; el resto del estómago suele ser normal sin rigideces y con buen peristaltismo. La endoscopia puede no ser útil si el tumor es de pequeño tamaño con mucosa normal. Si es de mediano o gran tamaño se ve una prominencia o relieve de la tumoración cubierta por mucosa sana, sin embargo a veces se ulcera y dificulta el diagnóstico, falta el edema congestivo que rodea la úlcera péptica y el tumor emerge entre los pliegues sin modificar su estructura, los tejidos circundantes no están infiltrados y el peristaltismo es normal.

#### DIAGNOSTICO:

Muy difícil de hacer, únicamente es posible efectuarlo con seguridad por Anatomía Patológica. Estamos de acuerdo con Palmer (16), en que muchas veces resulta imposible demostrar clínicamente que una lesión determinada no es maligna y debe tenerse siempre presente que la radiología y la endoscopia pueden inducirnos a errores.

#### TRATAMIENTO:

Debe ser siempre quirúrgico, nosotros creemos que debe efectuarse siempre resección amplia (gastrectomía sub-total) ya que

que es difícil estar seguros por la imagen macroscópica o por los cortes de congelación si existe o no degeneración maligna del mismo. Ocasionalmente cuando el tumor está en el estómago alto y nos obligaría a una esófagogastrectomía o gastrectomía de la mitad superior del estómago con gran morbilidad para el paciente, efectuar resección del tumor y de la pared gástrica circundante si su forma y el reporte por congelación indican benignidad. No estamos de acuerdo en la enucleación simple del tumor.

#### PRONOSTICO:

Es uniformemente bueno para este tipo de tumor benigno, pero si se ha degenerado la sobrevida está condicionada a múltiples factores, como existencia o no de metástasis, precocidad en la terapia y si se efectuó o no resección quirúrgica amplia.

#### PRESENTACION DE DOS CASOS:

1) L. A. S. HC. 10100008 y 35090. Hospital Central Seguro Social. 64 años masculino, antecedentes sin importancia.

El paciente sufre desde hace varios años de crisis de tipo vesicular en una oportunidad se le trató por un hidro-piocolicisto agudo en este Hospital dándosele tratamiento médico para enfriar el cuadro y dos meses después con dos estudios que daban vesícula excluida ingresa para colecistectomía. No tenía Serie Gastro Duodenal. Al operarlo se le encontró una vesícula inflamada crónicamente con numerosos cálculos en su interior, y al revisar la cavidad abdominal como es rutina, se palpó y vio una tumoración subserosa dura, redonda ligeramente irregular de 6 cms. de diámetro que dio la impresión de Leiomioma o Leiomiocarcinoma suberoso, por tal motivo se procedió a efectuar Gastrectomía subtotal alta radical con Linfadenectomía omentectomía de epiplones mayor y menor y esplenectomía. Al abrir el estómago se vio que el tumor empujaba la mucosa gástrica sin ulcerarla y estaba situado en la curvatura menor región antral, formado por células alargadas. Además se le hizo colecistectomía.

2) E. B. A. HC 122-00-373. Hospital Central Seguro Social.

44 años, masculino. Antecedentes: Hace 14 años se le practicó Gastroenteroanastomosis sin vaguectomía para tratarle una úlcera duodenal rebelde, mejoró de sus síntomas por varios años sin embargo, posteriormente, comenzó a presentar sangramientos digestivos en varias ocasiones, siendo uno de estos episodios de sangrado la causa de su ingreso. Presión arterial de 100/70. Pulso 90. Hb. 9.9. Hto. 34. Serie Gastroduodenal normal. La curva de acidez gástrica fue de normosecretor con estímulo basal máximo

de histamina. A la exploración quirúrgica se encontró días después y cuando ya el paciente había mejorado de su estado general, una úlcera péptica que deformaba el duodeno francamente y además existía una pequeña tumoración de 1 cms. de diámetro situada en la región antral cara anterior. Se trataba de un nódulo esférico intramural situado en el espesor de la túnica muscular formado por células alargadas y fibras en parte hialinizadas, las primeras se tiñen de café con el Van Gieson. Se le practicó Gastrectomía subtotal amplia.

El paciente evolucionó perfectamente.

### RESUMEN Y CONCLUSIONES

De un total de 281 pacientes con tumores gástricos malignos y benignos 271 eran malignos y 10 benignos. De los benignos únicamente en dos casos (20%) del total de esos benignos fueron reportados como leiomiomas del estómago.

Los tumores benignos son poco frecuentes y los leiomiomas ocupan el segundo lugar después de los pólipos. La mayoría son asintomáticos y pasan desapercibidos, o su diagnóstico suele ser casual.

Como el diagnóstico es difícil y la seguridad de benignidad de un tumor gástrico es imposible, se recomienda efectuar laparatomía exploradora con gastrectomía subtotal como mejor terapia quirúrgica.

El pronóstico suele ser siempre muy favorable.

### BIBLIOGRAFIA

- 1—BENNETT, L. A., and KAZMANN, H. A.: Gastric Granuloma with eosinophilic infiltration. *Amer. J. Surg.* 84, 107-110. 1952.
- 2—BOOHER, R. J. and GRANT, R. N.: Eosinophilic Granuloma of the Stomach and Small Intestine. *Surgery.* 30, 388-397. 1951.
- 3—BULLOCK, W. K., and MORANI, E. T. Inflammatory Fibroid Polyps of the Stomach. *Cancer.* 6, 488-493. 1953.
- 4—DAHL, E. V., WAUGH I. M. and DAHLIN, D. C.: Gastrointestinal Ganglioneuroma. *Amer. J. Path.* 33, 953-965. 1957.
- 5—DAVID, STATE and LYLE, J. H.: Benign Tumors of the Stomach. *Treatment of Cancer and Allied Diseases.* Paul B. Hoeber Second edition. Vol. V 7, 95. 1962.
- 6—EUSTERMAN G.: Tumores Benignos del Estómago. *Tratado de Gastroenterología.* J. Nasio, Salvat Editores 1 ed, tomo I, 764. 1962.

- 7—EKLOF, O.: Benign Tumors of Stomach and Duodenum. *Acta Radiol.* 58 177-198 May, 1962.
- 8—HELWIG, E. B. and RANIER A.: Inflammatory Fibroid Polyps of Stomach *Surg. Gynec. Obstet. Gynec.* 96, 355-367. 1953.
- 9—JUDD, C. S., CIVIN W. H. and MC ILHANY, M. L.: Eosinophilic Granuloma of the Stomach. *Gastroenterology.* *Gastroenterology.* 28, 453-457. 1955.
- 10—LATTES, R., and GROSSI, C.: Carcinoid Tumors of the Stomach. *CANCER.* 9, 698-711. 1956.
- 11—MARSHALL, F. S.: Gastric Tumors other than Carcinoma, *Surg. Clin. N. Amer.* 35, 693-702. 1955.
- 12—MARSHALL, F. S.: Tumors of the Stomach. *Christopers. Textbook of Surgery.* Seventh Edition. W. B. Saunders C. 620-623. 1960.
- 13—MARVIN, C. P. and WALTERS, W.: Leiomyosarcoma of the stomach. Review of the sixteen cases. *Arch. Surg* 57, 62. 1948.
- 14—MEISSNER, W. A.: Leiomyoma of Stomach. *Arch. Path.* 38-207-209. Oct. 1944.
- 15—PALMER, E. D.: Bening intramural tumors of the stomach. A review with special reference to gross pathology. *Medicine.* 30:61, 1951.
- 16—PALMER, W. L. y KIRNSER, J. B.: Estómago. *Fisiopatología Clínica Sodeman.* Editorial Interamericana. 2ª edición. 22:521-535. 1959.
- 17—ROBBINS, S. L.: Stomach. *Textbook of Pathology.* W. B. Saunders C. Second edition, XXI, 653-669. 1962.
- 18—SALM, R.: Gastric Fibroma with eosinophilic Infiltration. *GUT.* 6, 85. 1965.
- 19—STOUT, A. P.: Tumors of the Stomach (Atlas of tumors pathology. Published by the armed forces Institute of Pathology., 10, 46 and 48. Section VI, Fascicle 21. 1553.
- 20—SAWYER, K. C., and LUBCHIENKO, A. E.: Hemangiendotelioma of the stomach. *Surgery* 30, 383-387. 1951.
- 21—TACHDJIAN V.: Bening tumors of the Stomach. *GASTROENTEROLOGY.* H. L. BOCKUS. W. G. Saunders. C. Vol. 1. 35, 817-834. 1963.
- 22 VIDAL, COLOMER E.; BADOSA G. J.; y VILAR, B. J.: Tumores benignos del estómago. *Enfermedades del tubo digestivo.* Tomo I. de el Tratado de Patología y Clínica Médica Pedro Pons. Salvat. Ed. II, 292-29. 1964.
- 23—FERNANDEZ, S. A.; y BARRANTES G.: Schwannomas del estómago. Presentación de un caso XXXIV Congreso Médico Nacional. *San José, Costa Rica.* 1965.