



Leiomiosarcoma de recto. Reporte de un caso

Ulises Rodríguez-Wong,* José Rafael Peña Vera Hernández,**
Joel A. Benítez Sánchez,** Mayra Yadira Arroyo Cortés***

RESUMEN

Los leiomiosarcomas del recto son neoplasias poco frecuentes. En un estudio previo en el Hospital Juárez de México, se encontró una incidencia de 0.7% en un periodo de 15 años. Los estudios de inmunohistoquímica (CD117, actina y desmina, entre otros) son muy importantes para establecer el diagnóstico diferencial entre estos tumores y otras neoplasias mesenquimatosas, sobre todo con los tumores del estroma gastrointestinal. El pronóstico de sobrevida es malo, empeora en pacientes menores de 50 años y en caso de neoplasia de alto grado de malignidad. Se reporta el caso de un paciente masculino de 48 años de edad con leiomiosarcoma de recto con alto grado de malignidad.

Palabras clave: Leiomiosarcoma, leiomiosarcoma de recto, cáncer de recto.

ABSTRACT

Rectal leiomyosarcomas are rare tumors. In a previous study in the Hospital Juárez de México, found an incidence of 0.7% over a period of 15 years. Immunohistochemistry (CD117, actin and desmin, among others) are very important for differential diagnosis between these tumors and other mesenchymal tumors, especially gastrointestinal stromal tumors. The survival prognosis is poor, worse in patients younger than 50 years and in case of high-grade malignant neoplasm. We report the case of a male patient aged 48 with leiomyosarcoma of the rectum with a high degree of malignancy.

Key words: Leiomyosarcoma, rectal leiomyosarcoma, rectal cancer.

INTRODUCCIÓN

Los leiomiosarcomas del recto son uno de los tumores primarios menos comunes que existen en esta localización.¹ Se ha calculado una frecuencia menor a 0.5%.² En el Hospital Juárez de México se realizó una revisión previa en un periodo de 15 años (1972-1986), encontrando una incidencia de 0.72 % de este tipo de neoplasia con respecto a los demás cánceres de colon y recto.³

Los leiomiosarcomas del tubo digestivo se diferencian de los tumores del estroma gastrointestinal (en inglés GIST: *Gastrointestinal stromal tumors*) porque los leiomiosarcomas presentan células de músculo liso; por otra parte, los análisis de inmunohistoquímica han podido establecer que los tumores del estroma gastrointestinal presentan un alto porcentaje (94 a 97%) de expresión para CD117 (receptor tirosina quinasa), así como para la proteína S100.⁴ Por otra

parte, en los leiomiosarcomas rectales las células tumorales coexpresan actina y desmina.¹

Se presenta el caso de un paciente con leiomiosarcoma de recto, con alto grado de malignidad, atendido en el Hospital Juárez de México.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 48 años de edad, con antecedente de amibirosis intestinal y oxiuriasis, cuadro clínico de dos meses de evolución caracterizado por evacuaciones líquidas con moco y sangre, pujo y tenesmo rectal, pérdida progresiva de peso (aproximadamente 16 kg en dos meses), ictericia y coluria.

A la exploración física se encontró al paciente de edad aparente mayor a la cronológica, adelgazado, con ictericia de tegumentos. En tórax, ruidos cardíacos normales, con datos de hipoventilación en regiones basales de ambos campos pulmonares. El abdomen se encontró globoso a expensas de líquido de ascitis, con datos de hepatomegalia. A la exploración proctológica se detectó, a 6 cm del margen

* Coloproctólogo, Hospital Juárez de México.

** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Juárez de México.

*** Médico Interno de Pregrado, Hospital Juárez de México.

anal, una masa tumoral de aproximadamente 6 cm de diámetro en la pared lateral derecha y pared posterior, con ulceraciones de la mucosa.

Los exámenes de laboratorio reportaron: hemoglobina 10.5 g/dL, hematocrito 35%, leucocitos 14,000 por mm³. Bilirrubinas totales 6 mg/dL, a expensas de la bilirrubina directa de 4.1 mg/dL, elevación de la fosfatasa alcalina de 330 mg/dL. Urea 120 mg/dL, creatinina de 9 mg/dL. Potasio de 5.5 mEq/L, cloro de 100 mEq/L, sodio 135 mEq/L. El antígeno carcinoembrionario se encontró dentro de límites normales.

El ultrasonido de hígado y vías biliares, así como la gammagrafía de hígado reportaron probables metástasis hepáticas.

Se tomó biopsia de la lesión rectal con reporte histopatológico de leiomiosarcoma de recto. El paciente evolucionó tópidamente desarrollando insuficiencia renal y síndrome urémico, presentó hemorragia del tubo digestivo proximal, por lo que se realizó panendoscopia, encontrando gastritis erosiva, probablemente secundaria al síndrome urémico; la hemorragia del tubo digestivo proximal, por lo que se realizó panendoscopia, encontrando gastritis erosiva, probablemente secundaria al síndrome urémico; la hemorragia del tubo digestivo proximal,



Figura 3. Metástasis hepáticas de leiomiosarcoma rectal.



Figura 1. Leiomiosarcoma de recto. Tumor de aspecto nodular ulcerado a nivel rectal.

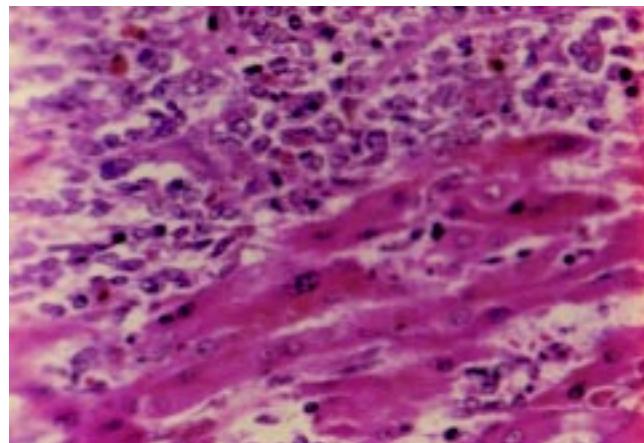


Figura 4. Microfotografía a mediano aumento de leiomiosarcoma de recto.



Figura 2. Implantes en el epiplón de leiomiosarcoma rectal.

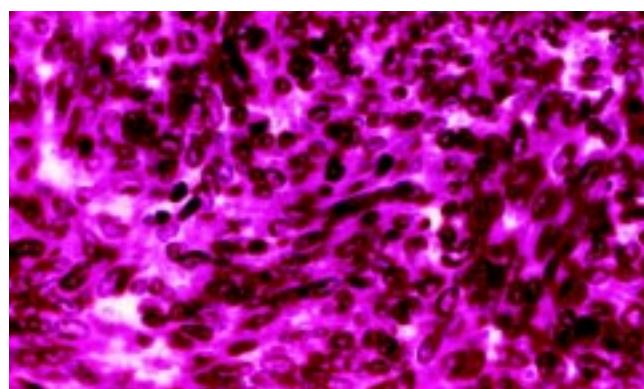


Figura 5. Microfotografía. Aumento de leiomiosarcoma de recto, con gran número de mitosis.



mal no se pudo contener, provocando el fallecimiento del paciente.

En los hallazgos de autopsia se detectó la masa tumoral rectal de aproximadamente 6 x 4 cm (Figura 1), presencia de metástasis hepáticas a vías urinarias, implantes en epíplón y gastritis urémica (Figuras 2 y 3). El estudio histopatológico de la lesión rectal reportó un leiomiosarcoma con imágenes de células musculares lisas con más de 10 mitosis por campo con el objetivo de 100X (Figuras 4 y 5), la reacciones inmunohistoquímicas para CD 117 y S100 fueron negativas, en tanto que las células tumorales coexpresaron actina y desmina.

DISCUSIÓN

Los leiomiosarcomas del recto son tumores poco frecuentes, la inmunohistoquímica tiene un papel muy importante en el diagnóstico diferencial de estas neoplasias con otras variedades de tumores mesenquimatosos, en especial con los tumores del estroma gastrointestinal como ya se mencionó previamente.

Kourda realizó recientemente una descripción detallada de las manifestaciones clínico-patológicas, así como del comportamiento biológico de los leiomiosarcomas rectales, haciendo especial énfasis en las diferencias con los tumores del estroma gastrointestinal (GIST); refirió que en los leiomiosarcomas rectales las células tumorales coexpresan, tanto actina como desmina, en tanto que las pruebas para proteínas CD-117 y S100 son negativas. También están presentes, en el estudio histopatológico, numerosas mitosis y marcadas atipias nucleares, con la presencia de células musculares lisas.¹ Miettinen concuerda con lo expresado por Kourda, en el sentido de que los leiomiosarcomas del colon expresan actina y desmina, siendo todos negativos para CD34 y CD117.⁵

Por otra parte, los tumores del estroma gastrointestinal generalmente ocurren en pacientes mayores de 50 años y son transmurales. En tanto que los leiomiosarcomas del colon y recto pueden presentarse en edades más tempranas y, generalmente, tienen un crecimiento intraluminal más marcado, tomando en ocasiones un aspecto polipoide o nodular.⁵

Generalmente, el pronóstico es malo y empeora en pacientes menores de 50 años y en tumores con alto grado de malignidad. Yeh realizó un estudio en 40 pacientes con diagnóstico de leiomiosarcoma rectal, encontrando que los dos factores que empeoraron el pronóstico de sobrevida fueron la edad menor a 50 años y el alto grado histológico de malignidad; se analizaron otras variables como género, tamaño y localización del tumor y tipo de procedimiento quirúrgico realizado.⁶

Es posible que el origen de este tipo de neoplasias rectales sea el músculo liso de la muscular de la mucosa o el que se encuentra en los vasos sanguíneos; sin embargo, la gran mayoría proviene de las capas circular y longitudinal de la muscularis externa.⁷

Los dos signos y síntomas más comunes en estos pacientes son la rectorragia y el dolor perianal.⁶ Otros signos y síntomas frecuentes son la presencia de masa abdominal palpable y el dolor abdominal.⁸

La exploración proctológica, la colonoscopia, el ultrasonido endorrectal y la biopsia son fundamentales para el diagnóstico. Las metástasis generalmente siguen la vía hematogena, con diseminación a hígado, pulmones y huesos.^{9,10}

La base del diagnóstico es el estudio histológico e inmunohistoquímico de la pieza quirúrgica. El criterio de malignidad de esta neoplasia se basa en su comportamiento clínico, la presencia de atipias nucleares y el número de mitosis por campo con el objetivo de 100X; se requieren dos o más mitosis para establecer un diagnóstico de malignidad.

Por lo que respecta a las pruebas de inmunohistoquímica, la determinación de c-Kit (CD 117) y S100 es negativa a diferencia de los tumores del estroma gastrointestinal, mientras que la inmunohistoquímica es positiva para actina y desmina en los leiomiosarcomas, como ya se había mencionado.¹¹

La cirugía amplia y temprana es el tratamiento de elección; no obstante, se calcula que la recidiva de esta neoplasia, después de la cirugía radical, es de alrededor de 40%. La radioterapia y la quimioterapia no han demostrado eficacia en este tipo de tumores. Se han realizado algunos estudios de tratamiento mediante excisión local, basándose en el hecho de que no existe diseminación linfática en este tipo de neoplasias; sin embargo, las recidivas se mantienen aún altas con estos procedimientos, por lo que aún se considera que los resultados con la resección amplia son superiores.^{6,8}

CONCLUSIONES

Los leiomiosarcomas del recto son neoplasias poco frecuentes en colon y recto, se debe establecer el diagnóstico diferencial, sobre todo con los tumores del estroma gastrointestinal mediante técnicas de inmunohistoquímica. El pronóstico de este tipo de tumores es malo y empeora en pacientes jóvenes o ante la presencia de tumores de alto grado de malignidad. La quimioterapia y la radioterapia no han demostrado utilidad en el tratamiento de los leiomiosarcomas colorrectales.



REFERENCIAS

1. Kourda N, Kourda J, Aquam J, Zaouche A, Ben JSB, Zermani R. Rectal leiomyosarcoma: report on two cases and a practical approach to differential diagnosis. *Pathologica* 2010; 102(5): 417-9.
2. Sanders RJ. Leiomyosarcoma of the rectum. Report of six cases. *Ann Surg* 1961; 154(Suppl.): S150-S154.
3. Rodríguez-Wong U, Ruiz-Healy F, Cruz D, Contreras R, Alamilla-Gutierrez G. Leiomyosarcoma del recto. *Rev Gastroenterol Mex* 1987; 52(4):275.
4. Bonini CJ, Villavicencio RL, Sarancone S, Sánchez-Granel G, Ferrer J. Tumores del estroma gastrointestinal. Diagnóstico por imágenes y correlación anatopatológica. *Rev Argent Radiol* 2004; 68: 17-31.
5. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Sabin LH, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors and leiomyosarcomas in the colon: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 44 cases. *Am J Surg Pathol* 2000; 24(10): 1339-52.
6. Yeh CY, Chen HH, Tang R, Tasi WS, Lin PY, Wang JY. Surgical outcome after curative resection of rectal leiomyosarcoma. *Dis Colon Rectum* 2000; 43(11): 1517-21.
7. Walsh TH, Mann CV. Smooth muscle neoplasms of the rectum and anal canal. *Br J Surg* 1984; 71(8): 597-9.
8. Piliado-Páez HJ, Charúa-Guindic L, Avendaño O, Montes JL. Leiomyosarcoma colorrectal. Reporte de dos casos. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2000; 45(3): 140-4.
9. Flores-Pastor B, Pellicer-Franco E, Navarro MN, Carrasco L, Aguayo AJL. Metástasis hepáticas secundarias a leiomyosarcoma de recto. Presentación de un caso. *Cir Esp* 2000; 67(4): 394-5.
10. Sarra CA. Leiomyosarcoma de recto. *Rev Argent Coloproctol* 2005; 16(3): 224-32.
11. Insabato L, Di Vizio D, Ciancia G, Pettinato G, Tornillo L, Terracciano L. Malignant gastrointestinal leiomyosarcoma and gastrointestinal stromal tumor with prominent osteoclast-like giant cells. *Arch Pathol Lab Med* 2004; 128(4): 440-3.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Tepic 113-611
Col. Roma Sur
C.P. 06760, México, D.F.
Tel.: 5264-8266