



## CARTAS CIENTÍFICAS

### Leiomioma anorrectal. Presentación de un caso y revisión de la literatura

#### Anorrectal leiomyoma: A case report and literature review

El leiomioma es una estirpe tumoral que deriva de las fibras musculares lisas y se desarrolla en aquellas regiones donde estas están presentes. En el tracto digestivo, la localización anorrectal es infrecuente y suele diagnosticarse tardíamente debido a su crecimiento intraluminal en más del 50% de los casos. Por lo excepcional de la localización, presentamos el caso de una mujer de 49 años que consultó por una tumoración en la región perineal de 7 meses de evolución que había aumentado progresivamente de tamaño. No presentaba tenesmo, rectorragia ni proctalgia, encontrándose asintomática durante este período. En la exploración física, presentaba una tumoración perianal derecha de 3 cm de diámetro, móvil y de consistencia elástica al tacto (fig. 1). La resonancia magnética nuclear mostró una lesión nodular, ovalada, bien delimitada, de unos 5 cm de diámetro, con captación de contraste de forma heterogénea, de localización interesfinteriana adyacente al pliegue interglúteo. La ecografía puso de manifiesto un nódulo ovoideo hipocogénico con abundante flujo vascular, permitiendo realizar una biopsia con aguja gruesa, con el diagnóstico anatomopatológico preoperatorio de leiomioma (fig. 2). Fue intervenida



Figura 1 Tumoración perianal derecha.

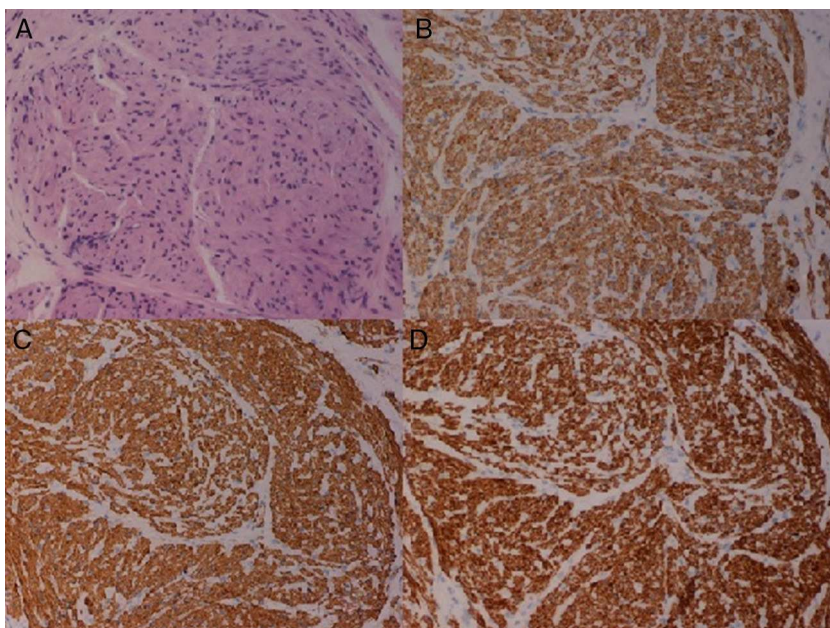
quirúrgicamente, llevándose a cabo la extirpación de una tumoración oval interesfinteriana con superficie externa lisa y aspecto arremolinado, sin solución de continuidad, con el fascículo superficial del esfínter anal externo y mínima continuidad con fibras residuales del esfínter anal interno (fig. 3). La evolución de la paciente fue favorable y actualmente se encuentra asintomática, sin recidiva de la lesión y con plena continencia esfinteriana.

Virchow describió por primera vez el leiomioma en 1854, definiéndolo como un tumor de origen mesenquimal, con un comportamiento benigno desarrollado a expensas de las fibras musculares lisas. Representa aproximadamente el 3,8% de todos los tumores de tejidos blandos benignos y su patogenia sigue siendo controvertida al día de hoy<sup>1-3</sup>.

Se clasifica en 2 variantes: superficial y profundo. Uno de los ejemplos mejor conocidos dentro de la variante superficial es el angioleiomioma genital femenino. El leiomioma profundo, descrito por Kilpatrick y Billings, se clasifica a su vez, en una variante somática y otra retroperitoneal. A diferencia de los leiomiomas de tipo somático, el 20% de los retroperitoneales muestran bajos niveles de actividad mitótica. Los leiomiomas de variante superficial suelen afectar con mayor frecuencia a las extremidades y afectan a ambos sexos, mientras que la variante retroperitoneal tiene lugar a nivel pélvico en mujeres posmenopáusicas.

En el tracto gastrointestinal es el estómago el órgano más comúnmente afectado seguido por el intestino delgado. Esófago, colon y recto son localizaciones menos frecuentes<sup>4,5</sup>. La localización anorrectal se presenta en un porcentaje menor al 0,1%, considerándose una entidad extraordinaria y su incidencia global es de 1:2000 de los tumores rectales. En el 50% de los casos el crecimiento del tumor es intraluminal, en un 30% es extrarrectal, intra y extraluminal en un 10% y en el 10% restante, intramurales<sup>6</sup>.

El curso clínico de estas neoplasias es muy variable, siendo la localización y la vascularización las que determinan la sintomatología del paciente<sup>7</sup>. Debido a su origen submucoso, suelen ser a menudo asintomáticos es estadios iniciales. Posteriormente, cuando alcanzan tamaños importantes, el dolor anal y perineal, las alteraciones en el tránsito intestinal, el prurito, la rectorragia o el tenesmo son algunos de los síntomas más frecuentes por los que consulta el paciente. Nuestra paciente se mostró asintomática durante la progresión del crecimiento tumoral, probablemente por encontrarse en un estadio inicial de la enfermedad.



**Figura 2** A) Proliferación neoplásica constituida por fascículos cortos de células fusiformes sin atipia (HE  $\times 20$ ). B) Positividad inmunohistoquímica para marcadores de músculo liso ( $\times 20$ ). C) Positividad para desmina ( $\times 20$ ). D) Positividad para H-caldesmon ( $\times 20$ ).



**Figura 3** A) Extirpación quirúrgica de la tumoración anorrectal que no parece tener solución de continuidad con las fibras esfinterianas. B) Tumoración oval de superficie lisa.

Cuando crece a expensas de tejidos profundos, suelen adquirir mayor tamaño que los superficiales debido a que pasan desapercibidos, diagnosticándose tardíamente.

La clínica del paciente junto con una completa exploración física, incluyendo una endoscopia con toma de biopsia, suelen ser las claves del diagnóstico. Las técnicas de imagen son útiles para la estadificación preoperatoria, ya que permiten definir la relación con los esfínteres y el tracto urogenital<sup>8</sup>. En el caso de nuestra paciente, las pruebas realizadas de forma preoperatoria permitieron llegar al diagnóstico y planificar la intervención quirúrgica.

En cuanto al tratamiento, la resección quirúrgica completa del tumor es la elección. Los leiomiomas de localización intrarrectal de fácil acceso pueden reseccionarse por vía transanal. La resección anterior baja o la amputación abdominoperineal deberán reservarse para aquellos casos en los que el tamaño o la afectación de la pared no permiten una resección local. Deberá plantearse otro abordaje, como el transperineal, el pararrectal o el transvaginal, cuando sean

de localización extrarrectal<sup>9</sup>. Nuestra paciente desarrolló un aumento progresivo del tamaño de la tumoración sin otros síntomas acompañantes, por lo que se decidió su extirpación.

Estas tumoraciones recidivan hasta en un 40% de los casos y hasta el 10% lo hacen en forma de leiomiomas, lo cual parece estar en relación con resecciones incompletas o un tamaño superior a los 5 cm. Es por ello que el seguimiento se considera esencial, ya que la posibilidad de recurrencia está presente, aun en tumoraciones de bajo grado<sup>9,10</sup>.

Concluimos pues que el leiomioma de esfínter anal es una entidad extraordinaria dentro del tracto gastrointestinal y, por su localización, es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras entidades que se desarrollan en la misma localización. Ante la sospecha, se recomienda realizar una prueba de imagen que permita conocer la relación con el complejo esfinteriano y los órganos adyacentes y, por tanto, planear adecuadamente el abordaje quirúrgico.

## Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Kim HJ, Lee KY, Kim YW. Case report: Imaging features of perianal leiomyoma. *Br J Radiol.* 2010;83:88.
2. Dasari BV, Khosraviani K, Irwin TS, et al. Perianal leiomyoma involving the anal sphincter. *Ulster Med J.* 2007;76:173-4.
3. Misumi S, Irie T, Fukuda K, et al. Un caso de leiomioma profundidad del tejido blando. *Hallazgos en TC y RM. Radiat Med.* 2000;18:253-6.
4. Salvans S, Gimeno J, Parés D. Leiomioma perianal. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009;101:209-11.
5. Campos FG, Leite AF, Araújo SE, et al. Anorectal leiomyomas: Report of two cases with different anatomical patterns and literature review. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 2004;59:296-301.
6. Vorobyov GI, Odaryuk TS, Kapuller LL, et al. Surgical treatment of benign, myomatous rectal tumors. *Dis Colon Rectum.* 1992;35:328-31.
7. Hatch KF, Blanchard DK, Hatch 3rd GF, et al. Tumors of the rectum and anal canal. *World J Surg.* 2000;24:437-43.
8. Marca MI, Saclarides TJ. Linfoma, tumores de tejidos blandos neuroendocrinos y del recto. *Clínicas de Colon Rectal Surg.* 2002;15:71-9.
9. Nappi C, Di Spiezio Sardo A, Mandato VD, et al. Leiomyomatosis peritonealis disseminata in association with Currarino syndrome? *BMC Cancer.* 2006;6:127.
10. Núñez Martínez O, Salinas Moreno S, Manceñido Marcos N, et al. Leiomioma rectal: resección endoscópica. *Gastroenterol Hepatol.* 2012;35:373-5.

E.P. García-Santos<sup>a,\*</sup>, F.J. Ruescas-García<sup>a</sup>,  
M. Estaire-Gómez<sup>a</sup>, J. Martín-Fernández<sup>a</sup>  
y L. González-López<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

\* Autor para correspondencia: Hospital General Universitario de Ciudad Real, c/Obispo Rafael Torija S/N; 13005, Ciudad Real, España. Teléfono: +926 27 80 00.

Correo electrónico: [esther\\_garcia\\_santos@hotmail.com](mailto:esther_garcia_santos@hotmail.com) (E.P. García-Santos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2013.05.002>

## Melanosis panentérica secundaria a melanoma rectal. Reporte de caso

### Panenteric melanosis secondary to melanoma of the rectum: A case report

Paciente femenino de 78 años, residente de la Ciudad México, antecedente de colecistectomía abierta, escoliosis en tratamiento ocasional con antiinflamatorios desde hace 10 meses, alérgica a la penicilina.

Motivo del estudio. Un año y 6 meses con hiporexia, náuseas ocasionales, sin llegar al vómito; dolor leve intermitente en el epigastrio y en el hipogastrio, pérdida corporal de 4 kg en un año, desde hace 4 meses con evacuaciones disminuidas de consistencia y hematoquecia.

Índice de masa corporal de 25, efélides en la cara y el cuello de forma ovalada, de 2-3 mm, y a nivel de la cara posterior de las manos de 1-2 mm, abdomen con distensión leve, hepatomegalia.

Laboratorios con reporte negativo para sangre oculta heces, hemoglobina 8.9 mg/dl, hematocrito 28%.

Estudiada por el Servicio de Oncología desde hace 4 meses por sospecha de cáncer, indicando tomografía abdominal con lesiones hepáticas compatibles con metástasis, que fueron biopsiadas con aguja fina, con reporte histopatológico de metástasis de melanoma maligno. Así mismo cuenta con citología compatible con metástasis de melanoma maligno.

Endoscopia de tubo digestivo bajo con presencia de lesión vegetante, lobulada, hiperocrómica, a 2 cm del margen anal,

compatible con melanoma maligno y lesiones planas hiperocrómicas de 2-3 mm difusas en el colon descendente y el sigmoides (fig. 1). Con reporte confirmatorio histopatológico de melanoma maligno. Endoscopia de tubo digestivo alto con mucosa de esófago sin alteraciones, estómago con lesiones planas hiperocrómicas múltiples no confluentes de 2-3 mm. La primera y segunda porción del duodeno con múltiples lesiones planas hiperocrómicas de similares características (fig. 2). La histopatología reportó melanosis gástrica y duodenal por depósitos de melanina a nivel de los macrófagos de la lámina propia. Para el diagnóstico diferencial, se realizó una tinción de Fontana-Masson con resultado positivo (fig. 3), así como tinción de Pearls con resultado negativo en ambas biopsias.

Cabe diferenciar la melanosis como la pigmentación de las mucosas por depósito de melanina en los macrófagos-lisosomales a nivel de la lámina propia, así como de la seudomelanosis que se describe como una pigmentación de las mucosas secundaria al depósito de hierro, sulfuro ferroso, hemosiderina, lipomelanina, lipofuscina, calcio, potasio, aluminio, magnesio y plata al mismo nivel<sup>1</sup>. Después de una revisión bibliográfica, hallamos reportes de casos con seudomelanosis secundaria al depósito de hierro a nivel de duodeno principalmente, con predominio en mujeres de la séptima década de la vida (rango de 18 meses-79 años), en raza negra<sup>2-5</sup>. Como referencia de afecciones con pigmentación a nivel del tubo digestivo, no dejamos de mencionar la melanosis coli, que es el depósito de pigmentos a nivel de la mucosa colónica, asociada a abuso de laxantes orales<sup>6</sup>, y de melanosis a nivel esofágico, íleon, yeyuno, peritoneo, apéndice cecal, ganglios mesentéricos, así como a nivel duodenal, esta última secundaria a deficiencias de hierro