

Tumor estromal maligno de colon transverso.

Informe de un caso

Dr. Eduardo Villanueva Sáenz,* Dr. Juan Montes Vega,* Dr. Juan Pablo Peña Ruiz Esparza,* Dr. Arturo Unzueta Hébert,* Dr. José Luis Rocha Ramírez,* Dra. LM Gómez Jiménez,** Dr. Francisco Javier Barrientos Castro*

* Departamento de Cirugía de Colon y Recto.** Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México, D.F. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cirujano de Colon y Recto. Hospital Médica Sur.

Correspondencia: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz. Puente de Piedra No. 150 5to. piso. Despacho 505, Col. Toriello Guerra. Delegación Tlalpan C.P. 14050, DF, México.

RESUMEN Antecedentes: Los sarcomas de colon son poco comunes, de ellos, el más frecuente es el leiomioma. A la fecha se han informado 45 casos de tumor estromal maligno en la literatura mundial. La histogénesis de estas neoplasias mesenquimatosas se determina con análisis ultraestructural y tinciones de inmunohistoquímica, sin embargo, cuando estas técnicas especiales son negativas y existe duda en cuanto a la línea de diferenciación celular (músculo liso, neural o indiferenciado), es preferible llamarlos tumores estromales del tracto gastrointestinal (TEGI). **Objetivo:** Presentar un caso de tumor estromal maligno del colon transverso. **Método:** Se revisó el caso de un paciente de 46 años de edad con diagnóstico de tumor estromal maligno de colon transverso y el tratamiento efectuado. **Resultados:** Se informa el caso de un paciente con diagnóstico de tumor estromal maligno en el colon transverso, cuyas principales manifestaciones clínicas fueron dolor abdominal, hemorragia transanal, y finalmente oclusión intestinal. Se sometió a laparotomía exploradora, encontrando intususcepción del colon transverso, por lo que se hizo hemicolectomía derecha ampliada. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria y la vigilancia a tres años no ha demostrado datos de actividad tumoral. **Conclusiones:** Los tumores estromales del colon son raros y su tratamiento es la resección quirúrgica con fines curativos o paliativos.

Palabras clave: Tumor, estromal, colon.

INFORME DEL CASO

Paciente masculino de 46 años de edad sin antecedentes personales patológicos de importancia. Ingresó al hospital por un cuadro clínico de seis meses de evolución, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico y evacua-

SUMMARY Objective: Case report of a malignant stromal tumor of the transverse colon. **Background:** Colon sarcomas are rare; the most frequent presentation is the leiomyosarcoma. Forty five cases of malignant stromal tumor have been reported in the international literature. The histogenesis of these mesenchymatous neoplasms is determined by ultrastructural analysis and immunohistochemical stains, nevertheless when special techniques are negative and there is uncertainty related to the cellular differentiation line (smooth muscle, neural or undifferentiated) it is preferable to call them stromal tumors of gastrointestinal tract. **Method:** A 46 year old patient with the diagnosis of malignant stromal tumor of transverse colon and the prescribed treatment was reported. **Results:** A case of a patient with the diagnosis of malignant stromal tumor in transverse colon is presented, who had as the main clinical features abdominal pain, transanal hemorrhage and finally intestinal occlusion. He was submitted to exploratory laparotomy finding a transverse colon intussusception, which was treated with an extended right hemicolectomy and a post surgical satisfactory recovery. Follow-up to three years hasn't found tumoral activity. **Conclusions:** Stromal tumors are rare in colon, treatment is a wide surgical resection with curative or palliative purposes.

Key words: Tumor, stromal, colon.

ciones diarreicas con sangre, pérdida de peso y anemia. En la exploración física únicamente se detectó palidez de tegumentos. El laboratorio reportó: Hb 11.6 g, Hto 39%, leucocitosis 11200, con neutrófilos de 88.3%, linfocitos 5.6%, eosinófilos 0.3%, basófilos 0.2%, antígeno carcinoembrionario (ACE) 1.35 ng/mL.

Se realizó colonoscopia (*Figura 1*) encontrando en colon transverso, un tumor de aspecto polipoide sésil, ulcerado en su periferia, con hemorragia al contacto con el endoscopio y obstrucción de la luz intestinal en 80%. Las biopsias informaron tejido necrótico con inflamación aguda. Seis días después de haber realizado la colonoscopia, presentó cuadro de oclusión intestinal, por lo que se somete a laparotomía exploradora, en la que se encontró intususcepción de la lesión hacia el ángulo esplénico, por lo que se realizó hemicolectomía derecha ampliada con ileostomía terminal y cierre distal del colon.

El tumor midió 5 cm de eje mayor. Histológicamente estaba formado por células fusiformes, con 15 mitosis por 10 campos de seco fuerte y necrosis focal. Las tinciones de inmunohistoquímica, proteína S-100 y actina músculo específica fueron negativas. Se reportó como tumor estromal maligno.

Cuatro meses después se hizo cierre de la ileostomía, sin encontrar datos de actividad tumoral peritoneal o hepática, como tampoco se encontró tres años después.

DISCUSIÓN

Los tumores de músculo liso (TML) representan 1% de los tumores del tracto gastrointestinal, y de este grupo, 0.1% afecta al colon con una incidencia anual estimada de 0.45 casos por un millón de personas. Se presentan principalmente entre la quinta y sexta décadas de la vida y son más frecuentes en el sexo masculino con una relación de 1.8 a 1, respecto al femenino y sin que exista predilección en alguna etnia.¹

Se inician en las células estromales de la pared intestinal y en 95% de los casos corresponden a leiomiomas derivados de las células de músculo liso de la muscularis propia y de la *Muscularis mucosae*.

Este tipo de tumores pueden localizarse a lo largo del tracto gastrointestinal aunque con mayor frecuencia en el estómago e intestino delgado.^{2,3}

PRESENTACIÓN CLÍNICA

El dolor abdominal, la hematoquezia y los cambios en los hábitos intestinales, son los síntomas más frecuentes, pero se han informado casos de hemoperitoneo, intususcepción, vólvulo, obstrucción intestinal y abscesos. Debido al tamaño de estas lesiones, con frecuencia se encuentra un tumor palpable en la exploración.⁴ En 40-50% de los casos, la colonoscopia demuestra una masa polipoide submucosa con ulceración focal, pero las biopsias transcolonoscópicas por lo general no orientan al diag-

nóstico.¹ Los hallazgos radiológicos son: tumores largos y estenosantes con patrón irregular de la mucosa y depósito de bario en una cavidad tumoral.¹ El diagnóstico definitivo se obtiene con el estudio de la pieza quirúrgica.⁵

Exner fue el primero en informar un caso de leiomioma colónico en el año de 1908⁶ y Mackenzie los clasificó por su localización en intracolónicos (submucosos), extracolónicos (subserosos), combinados y obstructivo.⁷

Su aspecto macroscópico es fibroso con hemorragia, necrosis y degeneración quística (*Figura 2*). La histogénesis de las neoplasias mesenquimatosas del tubo digestivo se determina con análisis ultraestructural y tinciones de inmunohistoquímica, (*Figura 4*) proteína S-100 y actina músculo específica, sin embargo, cuando las técnicas especiales son negativas y existe duda de la línea de diferenciación celular (músculo liso, neural o indiferenciado) es preferible llamarlos tumores estromales gastrointestinales (TEGI).^{2-4,8-10}

Los tumores estromales pueden mostrar diferenciación a músculo liso, y con inmunohistoquímica, son positivos para actina músculo específica y desmina. Ultraestructuralmente se observan vesículas pinocíticas, cuerpos densos, lámina basal con microfilamentos de actina y placas de adhesión de membrana electrodensa. Cuando hay diferenciación neuronal, son positivos para enolasa neuronal específica y proteína S-100. En la microscopía electrónica se identifican procesos citoplásmicos largos semejantes a axones, microtúbulos y gránulos neurosecretorios densos.

En menor porcentaje, estos tumores muestran diferenciación muscular y neural o pueden ser negativos para todas las inmunotinciones.^{2-4,8,10}

El diagnóstico diferencial entre los TML benignos y malignos no es fácil, por lo que los patólogos han sugerido que las lesiones mayores de 5 cm, con más de cinco mitosis por campo de seco fuerte, (*Figura 3*) la hiperplasia y la necrosis, son criterios mayores de malignidad, pero, un menor número de mitosis no la descarta.^{1-5,11}

El tratamiento propuesto por la mayoría de los autores es la resección quirúrgica (paliativa o curativa) del tumor primario, así como de las estructuras comprometidas, en tanto que el papel de la quimioterapia y radioterapia parece ser meramente paliativo.^{1,3,6,11}

El pronóstico dependerá de las estructuras afectadas al momento de la cirugía, así como de la existencia o no de metástasis a distancia.

CONCLUSIONES

Los TML en especial los TEGI de colon son neoplasias raras en nuestro medio y con un comportamiento simi-



Figura 1. Imagen endoscópica.



Figura 2. Colon transverso, con intususcepción por neoplasia colónica polipoide.

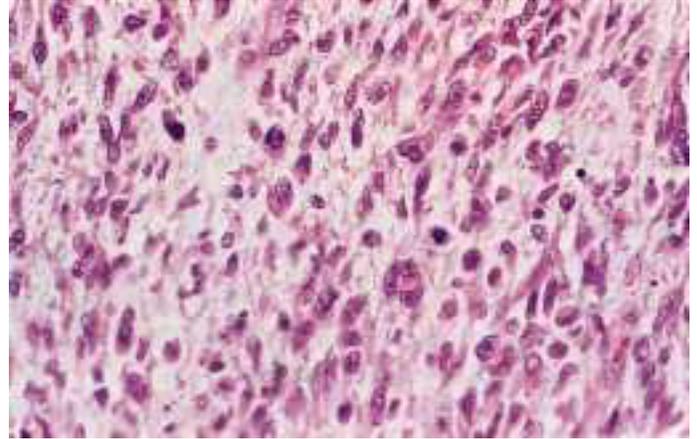


Figura 3. Acercamiento para mostrar células fusiformes y abundantes mitosis 40x.



Figura 4. Tinción de actina músculo específica que muestra la negatividad del tumor y positividad en la pared vascular normal.

lar a lo reportado en la literatura. Los datos clínicos son inespecíficos predominando el dolor abdominal, hemorragia de tubo digestivo bajo y pérdida de peso. El colon por enema con doble contraste, la tomografía axial computada y la colonoscopia, pueden orientar al diagnóstico; el tratamiento es quirúrgico, con fines paliativos o curativos, sin que la quimio o radioterapia hayan demostrado aumentar la supervivencia.

REFERENCIAS

1. Cohen AM, Winawer SJ. Cancer of the Colon, Rectum and Anus. First edition. United States of America. *McGraw-Hill* 1995. 987-989.
2. Douglas W. Franquemont. Differentiation and risk assessment of gastrointestinal stromal tumors. *Anatomic Pathology* 1995; 103: 41-47.
3. Aiello CV, Flores FG, Oñate OL, Mondragon SR, Ruiz MJ, Terán PM. Tumores de intestino delgado. *Rev Gastroenterol Mex* 1997; 62: 167-74.
4. Bhaskara K, Rao M, Mohan K, Roy S. Leiomyosarcoma of the colon: a case report and review of literature. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 184-90.
5. Schumann F. Leiomyosarcoma of the colon: Report of a case and review of the treatment and prognosis. *Dis Colon Rectum* 1972; 15: 211-6.
6. Mazier WP, Luchtefeld MA, Levien DH, Senagore AJ. Surgery of the Colon, Rectum and Anus. Firts Edition, 540-1, *WB Saunders Company*, Philadelphia USA. 1995
7. MacKensie DA, MacDonald JR, Waugh IM. Leiomyoma and leiomyosarcoma of the colon. *Am Surg* 1954; 139: 67-75.
8. Miettinen M, Violainen M, Salomo R. Gastrointestinal stromal tumors. An immunohistochemical study of cellular differentiation. *Am J Clin Pathol* 1988; 89: 601-610.
9. Evans H L. Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract. A study of 56 cases followed for a minimum of 10 years. *Cancer* 1985; 56: 2242-50.
10. Goldblun JR, Appelman HD. Stromal tumors of the duodenum a histologic and immunohistochemical study of 20 cases. *Am J Surg Pathol* 1995; 19: 71-80.
11. Sobrino CS, García GV, Pérez TE, Abdo FJ, Bernal SF, Aristi UG. Leiomiosarcomas y leiomblastomas gástricos. *Rev Gastroenterol Méx* 1995; 60: 12-16.