



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

Leiomioma «dumbbell» de colon transverso

Dumbbell-shaped leiomyoma of the transverse colon

A. Ruiz de la Hermosa^{a,*}, D. Roldán-Cortés^b y G. Paseiro-Crespo^a

^a Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^b Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España



Los leiomiomas del colon son una entidad infrecuente. Lo más habitual es una lesión sésil e intraluminal que permite la resección endoscópica. Se originan de la muscularis propia o de la muscularis mucosa pero pueden llegar a invadir la

serosa, la luz intestinal o ambas. Presentamos un varón de 60 años con hallazgo casual en una TC de una lesión en colon transverso de 5 cm con morfología de divertículo (fig. 1A). La colonoscopia identifica una lesión estenosante y ulcerada

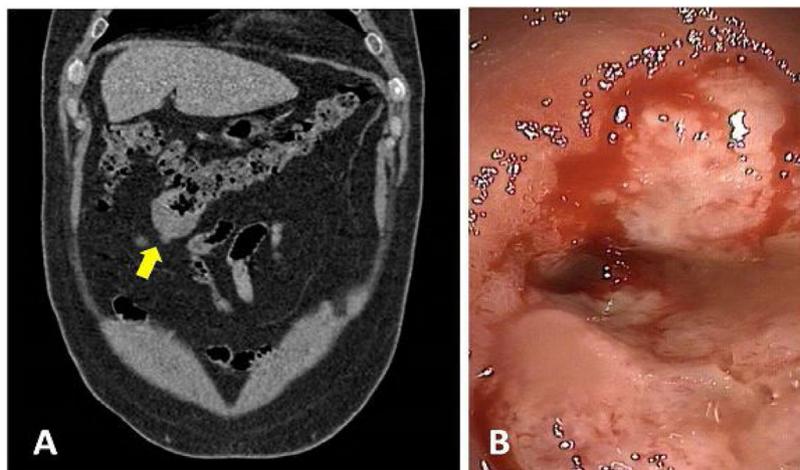


Figura 1 (A) Imagen coronal de TC que muestra imagen péndula (flecha) de colon transverso. (B) Imagen de colonoscopia con lesión friable y estenosante.

* Autor para correspondencia. Hospital Universitario Infanta Leonor. Servicio de Cirugía General y Del Aparato Digestivo, Calle Gran Vía del Este 80. 28031 Madrid. Teléfono: +34 91 191 80 00

Correo electrónico: aliciaruiz9@hotmail.com

(A. Ruiz de la Hermosa).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2021.08.001>

0375-0906/© 2021 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

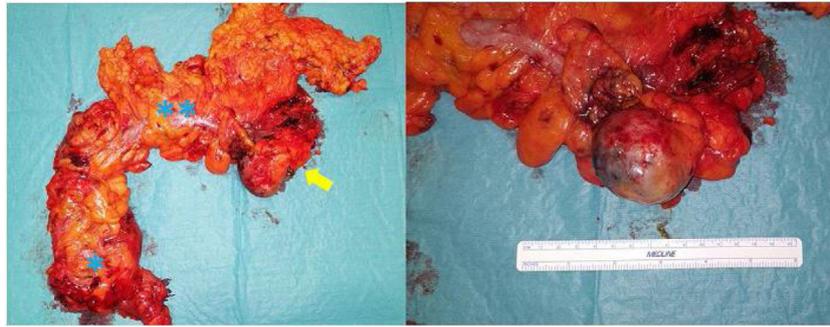


Figura 2 Pieza de hemicolecotomía derecha ampliada donde se observa ciego (*), colon transverso (**) y el leiomoma péndulo (flecha).



Figura 3 Lesión «dumbbell» con crecimiento extraluminal (flecha) e intraluminal estenosando parcialmente la luz intestinal (*) y que confiere al tumor un aspecto de «mancuerna» o pesa. La pieza muestra también la sección de la luz intestinal normal (**).

que impide el paso del colonoscopio pero histológicamente sin malignidad (fig. 1B). Se decide tratamiento quirúrgico encontrando una lesión péndula que depende del borde anti-mesentérico del colon. Se realiza hemicolecotomía derecha ampliada laparoscópica (fig. 2). La anatomía patológica describe una lesión «dumbbell» con crecimiento intraluminal y extraluminal (fig. 3) con proliferación celular que se dispone en fascículos (fig. 4). Mediante inmunohistoquímica las células expresan de forma intensa y difusa actina de músculo liso (fig. 5). La mayoría son asintomáticos como en el caso presentado, aunque pueden producir dolor, sangrado u obstrucción. Su comportamiento es benigno; sin embargo, pueden recidivar y metastatizar, por lo que el seguimiento es necesario.

Responsabilidades éticas

No se realizaron experimentos en humanos para este estudio. Los autores confirmamos que hemos seguido los protocolos de nuestro centro de trabajo con relación a la publicación de los datos de los pacientes no siendo necesaria la autorización del comité de ética de la institución ya que se mantiene en todo momento la confidencialidad y anonimato del paciente. Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que pueda identificar al paciente. El consentimiento informado fue solicitado al paciente para la intervención quirúrgica e incluye un

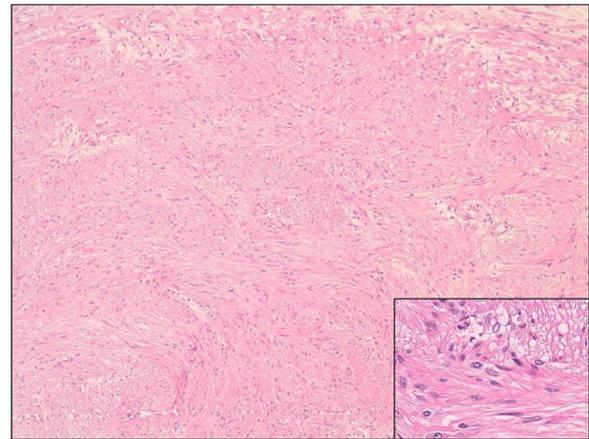


Figura 4 Células fusiformes con una distribución fascicular ortogonal con presencia de numerosos mastocitos y ausencia de mitosis, atipia o necrosis.

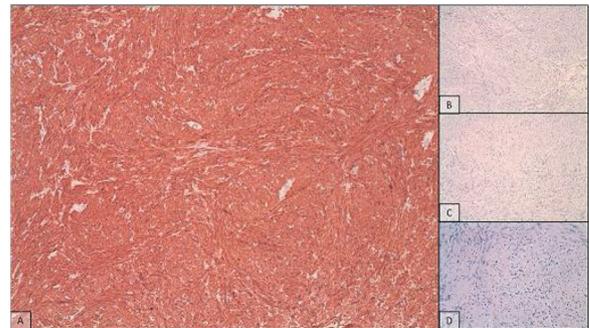


Figura 5 Técnica inmunohistoquímica donde las células expresan actina de músculo liso (A) y son negativas para C-kit (B) y S100 (C) con índice proliferativo (Ki67) bajo (D).

apartado donde se informa de la posibilidad de utilización de imágenes o datos clínicos con fines científicos.

Financiación

No existió financiación con relación a este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.