

Estenosis tumoral colónica: un caso infrecuente de leiomioma



Colonic tumor stricture: A rare case of leiomyoma

Los leiomiomas son tumores que se originan en las células de músculo liso de la muscular propia; representan menos del 1% de todos los tumores malignos y cerca del 0.12% de los tumores que afectan al colon¹. Clínicamente, pueden manifestarse con síntomas similares a otros tumores de colon (cambios en el hábito intestinal, anemia y rectorragia) y, desde el punto de vista endoscópico, se observan típicamente como pólipos submucosos. Se trata de neoplasias agresivas, con una supervivencia global a 5 años cercana al 50%, cuyo tratamiento principal es la cirugía, dada la escasa respuesta a la quimioterapia².

Se presenta el caso de un varón de 75 años, con antecedentes de tabaquismo, hipertensión arterial y asma bronquial, que consulta por dolor abdominal de tipo cólico que se alivia con la defecación, y por pérdida de peso y apetito de 3 meses de evolución. En el estudio analítico únicamente destaca un test de sangre oculta en heces positivo.

Se realizó una colonoscopia, en la que se detectó una estenosis infranqueable en el colon transverso, con bordes de aspecto adenomatoso y ulceración, con friabilidad y sangrado espontáneo al roce del endoscopio (fig. 1A), de la cual se tomaron múltiples biopsias, siendo negativas para malignidad, dado el origen subepitelial de esta lesión. Asimismo, se realizó tatuaje con tinta china para su localización posterior. En la TC (fig. 1B) se visualizó una masa en el colon transverso, de carácter estenosante, sin evidencias de lesiones metastásicas.

El paciente fue derivado a cirugía, y finalmente fue intervenido. El estudio anatomopatológico de la pieza resecada objetivó células tumorales compatibles con un tumor mesenquimal, que en el estudio inmunohistoquímico presentaba positividad para actina y desmina, confirmando el diagnóstico de leiomioma (fig. 1C,D).

Los leiomiomas constituyen un tumor estromal poco frecuente que aparece con mayor frecuencia en pacientes en la sexta o séptima década de la vida, predominantemente varones. Cuando afectan al tracto digestivo, más del 50% se localizan en el intestino delgado³, siendo la segunda localización más frecuente el colon. Suelen crecer de forma exofítica, pudiendo ocasionar dolor abdominal, rectorragia o cambios en el hábito intestinal. Su presentación como tumor estenosante o con obstrucción intestinal es muy poco habitual.

El diagnóstico se realiza mediante colonoscopia, en la que lo habitual es hallar un pólipo o nódulo de aspecto subepitelial. Las biopsias de la mucosa tienen escasa rentabilidad debido a ser tumores que dependen de la capa muscular propia. La ecografía endoscópica es de gran utilidad, ya que permite distinguir la capa de la que dependen e incluso tomar muestras. Sin embargo, en este caso, y debido a la estenosis que provocaba el tumor, no fue posible su realización.

Se trata de neoplasias de curso agresivo, con frecuentes metástasis al diagnóstico y una baja supervivencia a los 5 años. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, ya que la respuesta a la quimioterapia es muy limitada⁴. Entre los principales factores pronósticos se encuentran un tamaño tumoral mayor de 5 cm y la presencia de metástasis.

El caso descrito ilustra el diagnóstico y tratamiento de esta rara entidad, destacando su forma de presentación inusual como tumor estenosante de colon.

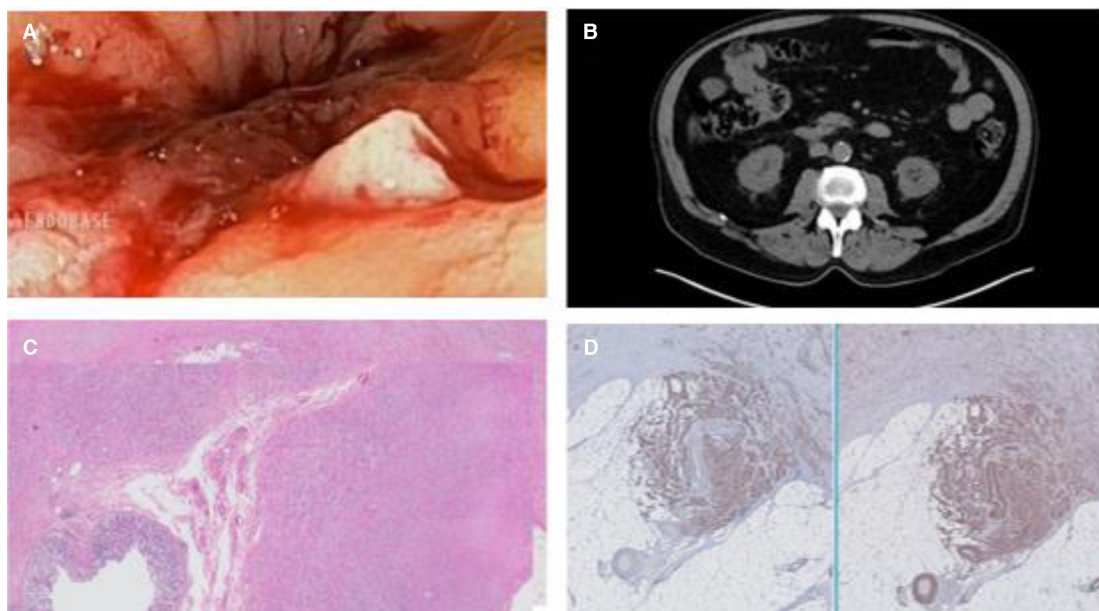


Figura 1 A) Imagen endoscópica de una estenosis infranqueable, con bordes de aspecto adenomatoso y friabilidad al roce, y su correlación radiológica en un corte de TC (B) en el que se aprecia una masa en colon transverso que estenosa la luz intestinal sin dilatación retrógrada. C,D) En la anatomía patológica se confirma la presencia de un leiomioma colónico positivo a actina y desmina, con negatividad para marcadores de GIST como CD117.

Financiación

No existen fuentes de financiación.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la publicación, requerido por la legislación vigente.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Yasinzai AQK, Lee KT, Khan I, et al. Colorectal leiomyosarcoma: Demographics patterns treatment characteristics, and survival analysis in the U.S. population. *J Gastrointest Cancer*. 2024;55:1588–97, <http://dx.doi.org/10.1007/s12029-024-01110-x>.
 2. Casali PG, Abecassis N, Aro HT, et al. Corrections to «Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO–EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up». *Ann Oncol*. 2018;29:iv268–9, <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdy321>.
 3. Lugo-Fagundo E, Fishman EK. Colorectal leiomyosarcoma: A case report. *Radiol Case Rep*. 2022;17:2812–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.radcr.2022.05.023>.
 4. Hilal L, Barada K, Mukherji D, et al. Gastrointestinal (GI) leiomyosarcoma (LMS) case series and review on diagnosis, management, and prognosis. *Med Oncol*. 2016;33:20, <http://dx.doi.org/10.1007/s12032-016-0730-3>.
- R. Fernández García^{a,*}, P. Abellán Alfocea^a, J.L. López Hidalgo^b, E. Redondo Cerezo^a y M. Lecuona Muñoz^a
- ^a *Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España*
^b *Unidad Provincial de Anatomía patológica. IBS, Granada, España*
- * Autor para correspondencia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Avd. de las Fuerzas Armadas n.º 12, 18014 Granada, España. Teléfono +34650816892
Correo electrónico: fernandezhuyn@gmail.com (R. Fernández García).
- <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.05.008>
0375-0906/ © 2025 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/>).

Compromiso gastrointestinal alto secundario a plasmocitoma extramedular: presentación inusual en un paciente inmunosuprimido



Upper gastrointestinal involvement secondary to extramedullary plasmacytoma: An unusual presentation in an immunosuppressed patient

El plasmocitoma extramedular (PEM) es una proliferación de células plasmáticas fuera de la médula ósea que puede desarrollarse de manera independiente o asociado al mieloma múltiple¹. Aunque la mayoría de los PEM afectan el tracto respiratorio superior y la región de cabeza y cuello, su localización en el sistema digestivo es inusual, representando menos del 5% de los casos. Este tipo de compromiso se asocia a síntomas variables, como dolor abdominal, pérdida de peso y sangrado digestivo².

Presentamos el caso de un hombre de 38 años con diagnóstico de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con pobre adherencia a terapia antirretroviral y estado de inmunosupresión avanzada (CD4 396 células/μl y carga viral de 319,269 copias/ml) quien consultó por cuadro clínico de 20 días de evolución de dolor torácico, cefalea, fiebre y deposiciones melénicas, aunado a síntomas constitucionales dados por pérdida involuntaria de 6 kg en el último mes. Durante la hospitalización, se documentaron lesiones líticas en tórax, cráneo y columna cervical, así como lesiones focales en hígado y engrosamiento de la pared gástrica en imágenes transversales de abdomen. La endoscopia de vías digestivas altas reveló lesiones elevadas lobuladas eritema-

tosas con depresión central localizadas en fondo, cuerpo y antro gástrico, hallazgos altamente sugestivos de compromiso neoplásico (fig. 1). Las biopsias antrales mostraron un infiltrado de células plasmocitoides, con positividad para CD138, MUM1, Lambda, CD3, CD20, C-MYC (40%) y Ki67 (80%) (fig. 2), respaldando la sospecha de compromiso por neoplasia plasmocelular lambda con posible presentación como PEM gástrico. Dada la presentación inusual del compromiso gastrointestinal alto, asociado al estado de inmunosupresión, y la positividad de la hibridación *in situ* de ARN pequeño codificado por el virus de Epstein-Barr (EBER-ISH) < 15%, se planteó la posibilidad de un linfoma plasmablastico como diagnóstico diferencial. Se inició manejo con protocolo DCEP (dexametasona, ciclofosfamida, etopósido y cisplatino) y seguimiento ambulatorio para evaluar la respuesta a quimioterapia y la evolución de las lesiones digestivas.

Los plasmocitomas son afecciones raras caracterizadas por el crecimiento localizado de células plasmáticas monoclonales. Existen dos formas principales: el plasmocitoma solitario óseo y el PEM, el cual representa entre el 3 y el 5% de las neoplasias de células plasmáticas y tiene un riesgo del 10-20% de progresar a mieloma múltiple¹.

El plasmocitoma gastrointestinal es inusual, representando menos del 5% de los PEM, y podría estar subdiagnosticado. No se dispone de estudios en población mexicana que documenten su incidencia o su mortalidad, evidenciando limitaciones en el conocimiento epidemiológico local de esta entidad. Generalmente afecta el intestino delgado, seguido por el esófago, el estómago y el colon. Afecta principalmente a hombres de mediana edad (55 años), presentando síntomas según su localización, pér-