



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTA CIENTÍFICA

Leiomioma duodenal: diagnóstico excepcional y abordaje quirúrgico complejo. Presentación de un caso

Duodenal leiomyosarcoma: Presentation of an exceptional diagnosis and complex surgical approach

La incidencia de los tumores malignos del intestino delgado es extremadamente baja, representando menos del 5% de todos los cánceres gastrointestinales, y de éstos, los leiomiomas constituyen apenas el 1.2%, con sólo un 12.6% de dichos casos localizados en el duodeno^{1,2}.

Debido a su rareza y a la presentación clínica inespecífica, siendo el dolor y el sangrado los síntomas más frecuentes, el diagnóstico suele establecerse en estadios avanzados, lo que conlleva un mal pronóstico^{3,4}.

A continuación, describimos un caso que cumple criterios formativos al ilustrar el complejo diagnóstico diferencial, la estrategia terapéutica quirúrgica y los hallazgos anatomopatológicos característicos de un leiomioma duodenal.

Paciente mujer de 47 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acudió por cuadro de dolor abdominal focalizado en el hipocondrio derecho con irradiación posterior, sin otra sintomatología asociada. Se solicitó una tomografía computarizada (TC) abdominal que describió una lesión retroperitoneal heterogénea de 81 × 75 × 66 mm, contigua a la segunda porción duodenal, con desplazamiento de la cabeza pancreática y compresión parcial de la vena cava inferior (fig. 1A y B).

La ecoendoscopia (fig. 2) mostró una lesión subepitelial exofítica, hipocóica, bien delimitada, dependiente de la capa muscular de la pared duodenal, de unos 10 × 7 cm, con elevada sospecha de tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Se realizó una punción con aguja fina (PAAF) con inmunohistoquímica de la misma que identificó positividad difusa e intensa para desmina y caldesmon, y ausencia de marcadores típicos de GIST (CD117, DOG-1), así como negatividad para CD34, S100 y CKAE1-AE3. El índice mitótico de 3-4 mitosis/mm² y el alto Ki-67 reforzaron la sospecha de neoplasia del músculo liso.

Se intervino el 12/06/2023 realizando una incisión en mercedes; se evidenció una gran tumoración dependiente del duodeno con desplazamiento de hilio hepático,

tronco mesentericoportal y tronco celiaco e infiltración de vena cava inferior (VCI). Se realizó duodenopancreatectomía cefálica y resección de 3 cm de VCI suprarrenal con reconstrucción T-T transversal de 200°. Comprobación con ecografía Doppler intraoperatoria anastomosis y flujo (fig. 3 A y B). Cursó el postoperatorio en UCI durante las primeras 72 h sin complicaciones inmediatas.

El resultado anatomopatológico definitivo de la pieza lo clasificó como leiomioma convencional duodenal con un tamaño de 10.5 × 7.5 × 6.5 cm (pT3), márgenes quirúrgicos libres y 0/14 ganglios linfáticos regionales metastatizados (N0).

La inmunohistoquímica correlacionó positividad para desmina y caldesmon, y negatividad para STAT6, DOG-1, CD34, D2-40, c-kit y S100.

Por lo tanto, con este diagnóstico y localización excepcional, la mayoría de los casos se publicaron antes de la introducción de la inmunohistoquímica para el diagnóstico diferencial del GIST. El leiomioma se origina más comúnmente en el espacio retroperitoneal, el útero, en la vena cava o en tejidos blandos¹.

El diagnóstico suele realizarse a través de pruebas de imagen, ya sea TC o resonancia magnética, siendo de elección la primera. En este caso, la endoscopia fue útil al localizarse en el duodeno, posicionándose esta prueba como una herramienta diagnóstica crucial, al permitir no solo una mejor delimitación de la lesión mural subepitelial, sino también la obtención de muestras mediante PAAF para el estudio inmunohistoquímico, pero, teniendo en cuenta que suele ser más frecuente hallarlo en el íleon o el yeyuno, se debe valorar la necesidad de utilizar la cápsula endoscópica para la detección de lesiones a dicho nivel^{1,2}. Aunque debemos de tener en cuenta que el diagnóstico definitivo sólo puede confirmarse tras el examen histológico e inmunohistoquímico.

El leiomioma a menudo tiene una apariencia morfológica comparable al GIST. Se presenta como una neoplasia maligna de células musculares lisas con recuentos mitóticos elevados, necrosis y atipia citológica. El leiomioma generalmente se compone de células alargadas con abundante citoplasma. Los leiomiomas se distinguen de los GIST por la negatividad de CD 117/c-kit, DOG-1, CD 34. Además, la inmunonegatividad de ALK-1 excluye tumores miofibroblásticos inflamatorios y la inmunopositividad para actina y desmina del músculo liso indica tumores de origen del músculo liso^{1,3,4}.

La cirugía es el tratamiento de elección para los leiomiomas duodenales, siendo necesario realizar una

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.06.011>

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/>).

Cómo citar este artículo: O. Dobato-Portoles, M.T. Abadía-Forcen, S. Paterna-López et al., Leiomioma duodenal: diagnóstico excepcional y abordaje quirúrgico complejo. Presentación de un caso, Revista de Gastroenterología de México, <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.06.011>

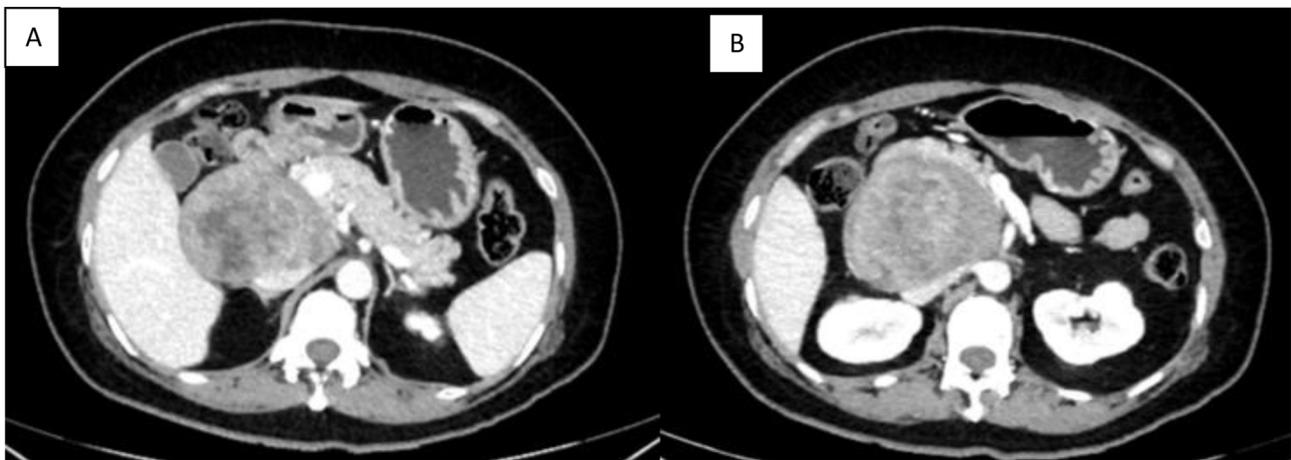


Figura 1 A y B. TC abdominal con contraste intravenoso: lesión retroperitoneal heterogénea de 81 × 75 × 66 mm, contigua a la segunda porción duodenal y con desplazamiento de la cabeza pancreática y compresión parcial de la vena cava inferior.



Figura 2 Ecoendoscopia diagnóstica con PAAF.

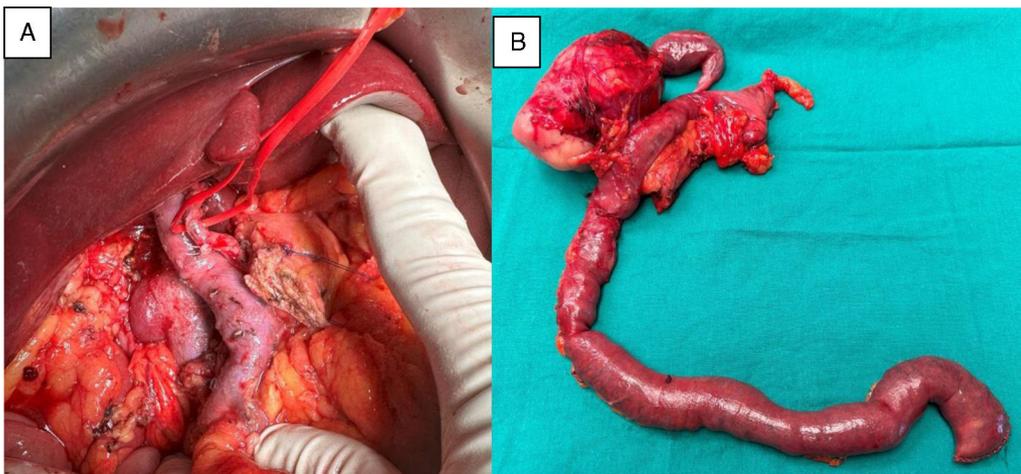


Figura 3 A: Campo quirúrgico. B: Pieza definitiva (duodenopancreatectomía cefálica con resección en bloque de la VCI).

duodenopancreatectomía cefálica o cirugía de Whipple. Los márgenes libres de enfermedad tras el análisis por parte de Anatomía Patológica es el factor pronóstico de recurrencia local más importante^{5,6}. Al igual que otros sarcomas de tejidos blandos, los leiomiomas metastatizan a pulmón e hígado a través de la diseminación hematológica; sin embargo, la diseminación linfática es rara⁵. En los casos en etapas avanzadas se debe plantear si es factible la metastasectomía^{1,7}.

Según se ha visto, la radioterapia proporciona un beneficio terapéutico local, pero no influye en la supervivencia a largo plazo y el papel de la quimioterapia es escaso, teniendo este tipo de tumores una baja tasa de respuesta¹.

Por lo tanto, el pronóstico del leiomioma duodenal es malo, la supervivencia media es de 50 meses con supervivencia a 5 años cercana al 50% tras resección completa, frente al 10% sin resección, siendo esencial un diagnóstico precoz y un abordaje quirúrgico en manos expertas ya que

los márgenes negativos es el único tratamiento con impacto demostrado en la supervivencia^{5,7}.

Financiación

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar su identidad y se dispone del consentimiento informado del paciente para la publicación de las imágenes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Mazzotta E, Lauricella S, Carannante F, et al. Ileo-ileal intussusception caused by small bowel leiomyosarcoma: A rare case report. *Int J Surg Case Rep.* 2020;72:52-5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.05.049>.
2. Luis J, Ejtehadi F, Howlett DC, et al. Leiomyosarcoma of the small bowel: Report of a case and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2015;6:51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2014.11.009>.
3. Bouassida M, Beji H, Chtourou MF, et al. Leiomyosarcoma of the small bowel: A case report and

literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2022;97:107456, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107456>.

4. Okoli F, Kantrowitz M, Zahir I, et al. Duodenal leiomyosarcoma: a rare cause of gastric outlet obstruction. *Am J Gastroenterol.* 2019;114:S1440-1, <http://dx.doi.org/10.14309/01.ajg.0000600000.55980.4b>.
5. Hong SM, Kim GH, Kim D, et al. Duodenal leiomyosarcoma presenting with gastrointestinal bleeding and obstruction: a case report. *Korean J Gastroenterol.* 2020;75:94-7, <http://dx.doi.org/10.4166/kjg.2020.75.2.94>.
6. O'Dwyer EMM, Naughton A, Butt WT, et al. An unusual case of a pancreaticoduodenectomy for retroperitoneal leiomyosarcoma of the duodenum presenting as iron deficiency anaemia. *Int J Surg.* 2018;55:S28, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijssu.2018.05.110>.
7. Soota K, Telfah M, Ramesh N, et al. A rare presentation: duodenal leiomyosarcoma with pulmonary metastasis. *Am J Gastroenterol.* 2013;108:S300, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppnen.2014.06.005>.

O. Dobato-Portoles*, M.T. Abadia-Forcen, S. Paterna-López, M. Gutiérrez-Díez y A. Serrablo-Requejo

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia. Teléfono: ++34 699277516; Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet. Paseo Isabel La Católica, 1-3, 50009 Zaragoza, España.
Correo electrónico: odobato@salud.aragon.es (O. Dobato-Portoles).